

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

MARIANA MEIRELES DUARTE MOTA

**CRISE DE QUE(M)? REPENSAR OS SENTIDOS DE CRISE PARA A
CONSTRUÇÃO DE UM FAZER INVENTIVO NA SAÚDE MENTAL**

VITÓRIA

2017

MARIANA MEIRELES DUARTE MOTA

**CRISE DE QUE(M)? REPENSAR OS SENTIDOS DE CRISE PARA A
CONSTRUÇÃO DE UM FAZER INVENTIVO NA SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada à apreciação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional sob orientação do Prof. Dr. Fabio Hebert da Silva

VITÓRIA
2017

MARIANA MEIRELES DUARTE MOTA

**CRISE DE QUE(M)? REPENSAR OS SENTIDOS DE CRISE PARA A
CONSTRUÇÃO DE UM FAZER INVENTIVO NA SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Fabio Hebert da Silva
Universidade Federal do Espírito Santo
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional
(Orientador)

Prof^a. Dr^a. Janaína Mariano César
Universidade Federal do Espírito Santo
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional
(Examinadora interna)

Prof^a. Dr^a. Simone Mainieri Paulon
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
(Examinadora externa)

AGRADECIMENTOS

É chegada a hora em que posso trazer para o texto todos aqueles que me ajudaram, me apoiaram e incentivaram nesse percurso de mestrado. Para mim isso não é qualquer coisa, constitui o pilar mais forte de minha vida. Valorizo além da conta essas pessoas que dentre tantas nesse mundão vieram cruzar justamente meu caminho. E que bom! Sou muito feliz por isso!

Esse processo de mestrado não foi nada fácil e sem o companheirismo dos amigos, das frases incentivadoras do marido e dos pais, não seria possível tê-lo realizado. Por isso, gratidão não é só a palavra que usarei para me referir a essas pessoas, mas gratidão é o que eu sinto por cada um de vocês.

Ao meu orientador Fábio, agradeço a disponibilidade de sempre, a forma gentil como sempre tratou meu texto e o companheirismo que permitiu nosso trabalho se efetivar de maneira sempre muito alegre. Até mesmo nos momentos mais difíceis tínhamos sempre o espaço reservado para boas risadas. Obrigada!

À Janaína Mariano, que constitui a banca e desde já agradeço pela disponibilidade, mas agradeço também pela parceira e sensibilidade tão grandes capaz de acolher uma mestranda em apuros. Os poucos encontros que tivemos foi suficiente para mudar tanto em mim e em minha pesquisa.

À Simone Paulon, que também constitui a banca, como membro externo, agradeço por aceitar participar também desta pesquisa, mesmo sem me conhecer já me acolheu logo de início e se colocou tão disponível para me ajudar. Suas palavras no exame de qualificação me foram tão tocantes, me levaram longe!

Ao Felipe, marido e companheiro de vida, obrigada pela cumplicidade, por ser esse porto seguro, que nos meus momentos mais difíceis sabia muito bem como suportá-los comigo. Você sempre apostou no meu melhor, mesmo quando nem eu apostava. Obrigada!

Ao Carlos e à Marialva, meu pai e minha mãe, obrigada por sonhar esse sonho junto comigo. E olha que eu era ainda tão pequenina e vocês já sonhavam com isso. Amo vocês. Obrigada por tudo!

À Rayanne Suim, queria que você soubesse que sim, você conseguiu bagunçar minha famigerada organização, e que ótimo! Encontrar você na minha vida tornou-se uma daquelas coisas inexplicáveis com palavras, só sinto! Alegria é o nome!

Ao Gustavo Tassis, (porque é tão difícil falar de você?) Provavelmente uma das pessoas mais incríveis que conheço e que conhecerei na vida. Não tenho palavras para agradecer o ombro sempre amigo e o companheirismo. Estar ao seu lado é rir sem parar. Obrigada!

Raiana, Milla e Thaíssa, que não entendem nada do mundo “psi” mas que mesmo assim sempre se interessaram em me ouvir tagarelar sobre. Raiana, obrigada por me ensinar o valor de uma amizade. Milla, sua energia sempre positiva é uma calma, me faz sempre voltar a acreditar. Thaíssa, obrigada por estar sempre por perto, há 14 anos.

Ao Vitor Benevenuto, amigo incrível que a curta jornada de mestrado me trouxe. Começamos nossa amizade-jornada deste o primeiro instante em que nos vimos. Sua poesia sempre me trouxe um pouco mais de sensibilidade.

À Priscila Oliveira, querida professora, que esteve sempre disponível, que me abriu mundos completamente diferentes já quase no final da graduação.

À Rosânea, que a cada encontro me faz ver a alegria e a leveza que deve ser o existir. Obrigada por sustentar junto comigo mais essa conquista!

À Júlia Carvalho, que mesmo sem saber foi extremamente importante na minha jornada. Sua coragem me inspira!

Aos colegas do PPGPSI, em especial Nicéia, Fernando, Yan, Aline, Rafael, Aye, vocês foram essenciais.

Aos participantes dessa pesquisa, que foram tão solícitos e me receberam tão bem.

À CAPES por proporcionar fundos que tornaram essa pesquisa viável.

A todos vocês que tiveram a paciência de aguentar minhas lamúrias infinitas sobre como o processo de escrever me foi doloroso. A todos vocês, agradeço imensamente o amor e carinho!

*“Para apalpar as intimidades do mundo é preciso
saber:*

- a) Que o esplendor da manhã não se abre com faca*
- b) O modo como as violetas preparam o dia para
morrer*
- c) Porque é que as borboletas de tarjas vermelhas
tem devoção por túmulos*
- d) Se o homem que toca de tarde sua existência num
fagote, tem salvação*
- e) Que um rio que flui entre dois jacintos carrega
mais ternura que um rio que flui entre dois lagartos*
- f) Como pegar na voz de um peixe*
- g) Qual o lado da noite que umedece primeiro.*

Etc

Etc

Etc

Desaprender oito horas por dia ensina os princípios”

(Manoel de Barros)

RESUMO

A discussão em torno da temática da *crise* em Saúde Mental que neste estudo se desenrola, constitui-se como um tema caro ao movimento da Reforma Psiquiátrica quando se trata do acolhimento do sofrimento e da produção de um cuidado que seja em liberdade. A presente dissertação tem como objetivo acessar o modo como os profissionais que trabalham com saúde mental na rede de serviços públicos se relacionam com o acolhimento à *crise* e que efeitos se tem a partir disso. Para a realização deste trabalho foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, realizadas de maneira individual com profissionais que trabalham com saúde mental na região da Grande Vitória/ES. As entrevistas consistiram em algumas questões que pudessem disparar um diálogo a respeito do tema envolvido. Foram também utilizados fragmentos do diário de campo como forma de trazer ao trabalho as experiências da pesquisadora. Nosso trabalho consistiu em acrescentar tantas outras questões e análises à discussão relacionada ao acolhimento de *crise* existente a fim não de chegarmos a uma conclusão, um fechamento acerca de concepções de *crise*, mas de compreendermos justamente que de um jogo de forças político que leva a tal constituição. Trazemos à tona o caráter produtivo e algumas forças envolvidas no modo de se pensar a *crise*. Dessa maneira, observamos como se engendram certas noções de *crise*, como a periculosidade, que emergem na contramão de uma produção de cuidado e acolhimento a essas pessoas. Contudo, afirmamos o processo de singularização e o acolhimento como mecanismos produtores de saúde e que engendram novos modos de olhar para a *crise*.

Palavras-chave: Acolhimento à crise, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica

ABSTRACT

The discussion about the issue of the crisis in Mental Health in this study is an important topic for the Psychiatric Reform movement when it comes to welcoming suffering and producing care that is at liberty. The purpose of this dissertation is to access how mental health professionals in the public service network relate to the reception of the crisis and what effects it has from that. For the accomplishment of this work we used semi-structured interviews, carried out individually with professionals working with mental health in the region of Grande Vitória / ES. The interviews consisted of some questions that could trigger a dialogue on the subject involved. Fragments of the diary were also used as a way of bringing the researcher's experiences to work. Our work consisted in adding so many other questions and analyzes to the discussion related to the reception of the existing crisis in order not to reach a conclusion, a closure about conceptions of crisis, but to understand precisely that of a political interplay of forces that leads to such constitution. We bring to the surface the productive character and some forces involved in the way the crisis is thought. In this way, we observe how certain concepts of crisis, such as dangerousness, are engendered, which emerge against the production of care and acceptance of these people. However, we affirm the process of singling out and welcoming them as health-producing mechanisms and engendering new ways of looking at the crisis.

Keywords: Crisis reception, Mental Health, Psychiatric Reform

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 1 - A CRISE É DO OUTRO? SOBRE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E A PRODUÇÃO DE UMA CRISE | 10 |
| 1.1 O que me trouxe até aqui | 10 |
| 1.2 O campo de pesquisa, um campo problemático, os tropeços e as reviravoltas.. | 15 |
| 1.2.1 Por uma pesquisa que seja análise de implicação..... | 20 |
| 1.2.2 Dos tropeços que fazem pensar | 22 |
| 1.3 Loucura ou “quem são eles”? | 29 |
| 1.3.1 E a crise com isso? | 30 |
| CAPÍTULO 2 - ONDE MORA O PERIGO?..... | 43 |
| 2.1 Molda, modela, aperta que cabe! Crise e biopolítica | 43 |
| 2.2 Sobre o risco e o perigo | 56 |
| CAPÍTULO 3 - REFORMA PSIQUIÁTRICA OU “QUEM SOMOS NÓS?” | 69 |
| 3.1 Contribuições da Análise Institucional | 70 |
| 3.2 Acolhimento da crise nos serviços de saúde públicos | 74 |
| CAPÍTULO 4 - A CRISE É NOSSA, O QUE FAREMOS? | 84 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 93 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 97 |
| ANEXO..... | 101 |

CAPÍTULO 1 - A CRISE É DO OUTRO? SOBRE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E A PRODUÇÃO DE UMA CRISE

1.1 O que me trouxe até aqui

Iniciei as idas a campo. A primeira visita foi realizada em um hospital psiquiátrico (Hospital Estadual de Atenção Clínica, HEAC, antigo Hospital Adauto Botelho), onde seria meu campo de estágio inicialmente. Todos da turma do Estágio em Saúde Mental participaram dessa visita. Estávamos todos agitados, ansiosos, curiosos para finalmente conhecer um hospital psiquiátrico, que estava ali posto como simples observatório para nosso aprendizado. Os sobreavisos de que aquele lugar exigia respeito e ética profissional eram variados. No entanto, um misto de sensações como temor e curiosidade emergiam e nesses momentos é que me pergunto se essa própria experiência “observatória” já não esburacava algo no tom respeitoso e “ético”.

Entrar naquele hospital – histórico e recheado de mitos locais – ouvindo ao fundo gritos e sussurros, todos numa melodia pesarosa, triste, alimentava ainda mais nossas sensações de que aquilo que vivenciávamos definitivamente estava “fora da realidade”. O local, os gritos, as sensações, as descontextualizações, tudo isso nos provava a necessidade daquele local para, obviamente, quem dele fosse merecedor. Perguntávamo-nos: “quem seria então merecedor desse local?”.

Bem, a resposta parecia clara, era merecedor desse lugar aquele que não compartilhasse da “mesma realidade” que nós. Um alívio e um sentimento estranho se instalaram de imediato. O alívio remetia ao fato de “nós” não sermos merecedores daquele local, mas então

quem seriam “eles”? “Eles”, que não compartilham da “nossa” realidade, e que merecem – senão a vida toda, pelo menos parte dela – estar ali, trancafiados, sussurrando lamúrias aos ouvidos de “nós”

que vamos lá para fazer breves visitas de trinta minutos e saímos com a sensação de já ter adoecido, de se queixar que permanecer lá por muito tempo e prestar atenção nas lamúrias d“eles” nos dão fortes dores de cabeça... [risinhos se instauram entre os alunos].

Quem somos “nós”, quem são “eles”?

(Fragmentos do diário)

Produzir esse relato não é fácil na medida em que comparece nossa própria parte nessa história, nossos próprios atravessamentos, nossas injúrias, medo e tantos outros sentimentos. No entanto, acredito que não é possível produzir análise sem antes de tudo, colocar o próprio percurso em análise.

Engendrados por uma “ânsia de conhecer e reconhecer” sistemas psicológicos bem estruturados, estávamos ali naquela tarde, afirmando e confirmando que aquele local se fazia necessário, de que de alguma forma era preciso, afinal, como garantiríamos nossa própria normalidade?

Poderia dizer de uma ingenuidade? Caberia ainda uma desculpa? Se seguíssemos por esse caminho estaríamos vagueando longe de onde o próprio processo manicomial se constitui, se constrói e se fortalece. Pelo contrário, tornar essa experiência uma problemática possibilita acessar os planos de forças que nutrem e permitem que a roda do modelo manicomial continue girando.

Não se pretende com essa experiência relatada focalizar um ou outro momento pontual a título de exemplificação onde se exercem esses modelos manicomiais, mas é, sobretudo, para puxar o fio de pensamento que move este projeto. Como ainda é possível cair em ciladas como essa? De que processo de formação estamos falando? Com que psicologia nos relacionamos? Colocamos em análise nossos próprios processos formativos, nossas vivências? Damo-nos conta, como “categoria profissional”, daquilo que Dimenstein (2006) considera como “subjetividade manicomial” ou ainda, “manicômios mentais”? Em outras palavras: pensamentos, ações, imperceptíveis que corroboram para a manutenção da exclusão da loucura, ou mesmo daquilo que é diferente.

Esses questionamentos começaram a se fazer presentes e se tornar questões após algum tempo de estágio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para onde escolhi me direcionar. O estágio no CAPS ocorreu nos anos de 2013 e 2014 com duração de um ano e meio aproximadamente. Algumas pistas proporcionaram a concretização de minhas inquietações como alguns movimentos políticos que circundam a existência do CAPS Moxuara, em Cariacica/ES (local onde ocorreu o estágio), como exemplo, o fato desse serviço se localizar nas dependências do antigo Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, atual Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC) e ser ainda um serviço estadual. A dependência política e econômica do CAPS Moxuara ao HEAC produz muitas implicações no serviço ofertado ao público e implicações no âmbito profissional também.

Situação muito comum era ouvir os usuários dizerem que “frequentavam o hospital”, fazendo referência ao CAPS. Nessa “mistura” dos estabelecimentos era possível visualizar também uma “mistura” nos conceitos de hospital psiquiátrico/CAPS no dia-a-dia desse serviço. Frequentemente as atividades do CAPS eram atravessadas pelos conceitos hospitalocêntricos de controle e cura, seja pela insistência em forçar os usuários a permanecerem dentro das salas, seja pela alta medicalização dos sujeitos. Colocar em análise as minhas próprias condutas frente às demandas de controle social produziram inquietações: o que realmente se estava produzindo? Quais eram os efeitos dessas atividades propostas? A que chamados se respondia quando se continuava nutrindo as tentativas de controle dentro do espaço do CAPS?

Todas essas problematizações e análises serviram para movimentar a construção desta dissertação que visa continuar produzindo rachaduras em modos científicos tão endurecidos, mapeando as possibilidades de se instaurar novas formas de cuidado com a chamada loucura.

Um estudo desta ordem não poderia fazer-se senão por afetos. Afetar-se ganha também o caráter de estranhar, é o corpo tornando-se disponível para se envolver com aquilo que causa a própria estranheza. O estranhamento que me toma de assalto fala de uma não conformidade, uma inquietação para com o que aprisiona a vida.

Escrever torna-se assim uma aposta de que esses afetos experimentados possam ganhar e produzir outros mundos, possam servir de carona para uma viagem a-temporal (como modo de criar mundos, mas repleta de história) para aqueles que desejarem embarcar, mas que também possam ser de transmutação de angústias em alegria. Abrir passagem pela escrita para o que inquieta o corpo, fazer ecoar esse turbilhão de emoções ligadas a presente temática, à loucura.

Esta pesquisa fala também de habitar lugares incertos, lugares de perguntas infundáveis, é suportar a constante companhia de vazios. A pesquisadora que nesse estudo comparece, exerce-se ao tecê-lo, sempre carregando consigo essa passagem de Rosane Preciosa (2010, p.88), “o sujeito que escreve é produzido pelo gesto de sua escritura, não preexiste a ela, vai sendo, de forma errante, inventando seus passos”.

Um corpo perpassado por acontecimentos e afetos, que são localizáveis historicamente, mas que também portam uma a-historicidade, por adentrar-se a um presente que insiste em não se fazer passado. A presença “disto” que não passa e que se descola do evento datado pede passagem nesta escrita, e decido então fazer ecoar as angústias vividas, ou melhor, vívidas, no solo da loucura.

A discussão em torno da temática da *crise* em Saúde Mental, que neste estudo se desenrolará, embora esteja tratando de um velho e conhecido assunto, ganha relevância a partir do momento em que se reconhece ser este um tema caro à Reforma Psiquiátrica. O que permite encarar este assunto como novidade, como atual, são as construções recentes as quais muitos autores/trabalhadores vêm se debruçando.

Dizemos ser um velho assunto na tentativa de dar visibilidade a todo um contexto histórico em que essas *crises* dos chamados loucos eram combatidas, aplacadas pelas longas internações em hospitais psiquiátricos. Trata-se, portanto, de compreender que este velho assunto tem mobilizado os trabalhadores que buscam, na direção da Reforma Psiquiátrica, construir redes de cuidado e acolhimento para um fazer em Saúde Mental que seja a favor da vida e da liberdade.

Assim, leitor, vamos nesse momento guiá-lo para que saiba um pouco como nosso trabalho se apresentará. No primeiro capítulo você encontrará nossa discussão sobre o percurso do mestrado, um pouco de nossa jornada, e nossa discussão acerca do método que constitui essa pesquisa. O primeiro capítulo é nossa entrada nas discussões acerca da produção de subjetividade e como essa noção se relaciona com nossa problemática, ou melhor, mostramos que a produção de subjetividade está no cerne da nossa questão acerca da *crise*.

O segundo capítulo discute e problematiza os aspectos da crise que se relacionam com a regulamentação biopolítica, termo que Foucault introduz. Versamos sobre aspectos que Foucault já remontava em *Os Anormais* e que se fazem ainda muito presentes no que diz respeito a uma periculosidade ligada à loucura. Fazemos, portanto, uma discussão a respeito de *crise* e perigo.

O terceiro capítulo é a parte onde remontamos aspectos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tão importante para compreendermos de que maneira essa se efetiva nos dias atuais. Trazemos nesse capítulo as contribuições da Análise Institucional para que esse movimento tenha colocado em xeque tantas práticas manicomiais. Discutimos nesse capítulo acerca da noção de desinstitucionalização.

No quarto e último capítulo é onde fazemos uma junção de tudo que trouxemos ao longo do texto e desembocamos nos processos de acolhimento à *crise*. Discutimos como a produção de subjetividade está intimamente articulada com esses processos e, pautados pela noção de singularização, é que apostamos em modos e práticas de acolhimento que sejam produtoras de saúde e que levem em consideração o processo de produção de subjetividade existente nesse acolher.

1.2 O campo de pesquisa, um campo problemático, os tropeços e as reviravoltas

O questionamento que vem movimentando essa pesquisa caminha no sentido de que é preciso olhar para essas práticas que vem se consolidando no cuidado e acolhimento à *crise* nos serviços de Saúde Mental - de que forma é realizado, o que é realizado e como isso ressoa para usuários e profissionais.

Passamos, pois, a olhar os serviços públicos como verdadeiros universos, com afetações das mais variadas formas, com formas de vidas muito distintas. Que sujeitos trafegam nesses universos? Profissionais, estudantes, usuários? Que capturas podem comparecer, mas também que resistências podem emergir nesse tráfegar?

Diante destes universos que estão em continua construção, questionamos: de que forma esses sujeitos que aí trafegam lidam com a chamada *crise*? Que entendimentos possuem dela? Que afetos e afetações são possíveis diante do que se coloca como *crise* nesses universos?

Acreditamos, portanto, que para trilhar esse percurso-pesquisa é necessário nos abirmos ao que de potente o encontro com o campo possa fazer surgir. Caminhar pelos campos tortuosos das práticas em Saúde Mental exige uma configuração metodológica inventiva. Que seja capaz de acessar o plano dos acontecimentos e poder vir a se tornar a pesquisa, ela própria, um acontecimento, estando sempre disponível para as modulações que possam emergir no processo.

A partir do que foi apresentado, acreditamos que para ter acesso a esse campo problemático, faz-se necessário a construção de um caminho metodológico que permita adentrar nas questões, que este estudo propõe, de forma a não desprezar o próprio processo do pesquisar. Muito pelo contrário, esta pesquisa visa valorizar as relações que se constituem no seu próprio desenrolar. Em consonância com Passos e Barros (2009), acredita-se ser importante lançar-se no plano da experiência “onde conhecer e fazer se tornam inseparáveis,

impedindo qualquer pretensão à neutralidade” (PASSOS e BARROS, 2009, p. 30).

Assim, os autores nos alertam para a necessidade de reversão do método, ou seja, um método que não está dado em prescrições (embora sejam importantes), mas que se constrói no caminho. Dessa maneira, “restam sempre pistas metodológicas e a direção ético-política que avalia os efeitos da experiência (do conhecer, do pesquisar, do clinicar etc.) para daí extrair os desvios necessários ao processo de criação” (PASSOS e BARROS, 2009, p. 30).

Já consideramos, portanto, a escolha do campo problemático como sendo parte do percurso metodológico. Como já foi dito anteriormente, este estudo se pauta em uma concepção de campo que não é separado do pesquisador, ambos se constroem mutuamente. E é dessa maneira que lançaremos também a pesquisa numa espécie de *crise*, permitindo que compareçam as dificuldades de um não-saber-como e os momentos de invenção e criação do próprio pesquisar

É com vistas à processualidade da pesquisa, à coemergência de sujeito e objeto, aos cuidados que são necessários ao pesquisar, e produzir conhecimento como uma ação política, que esta pesquisa se propôs a trilhar uma trajetória que teve um direcionamento, mas que não se limitou a um pré-determinado fim. Nossa trajetória se fez a medida de seu próprio caminhar, levando sempre em conta o nascimento de uma pesquisa concomitante com o nascimento também de seu “objeto” de pesquisa. Aqui não fazemos distinção, a emergência de ambos se dá a um só tempo, sujeito e objeto, pesquisa e objeto de pesquisa nascem e se apresentam a si de maneira recíproca. Contudo, configurou-se para essa dissertação como norte trilhar por dispositivos (disposições e posições), serviços de saúde, campos, que estivessem em consonância com as perspectivas da Reforma Psiquiátrica e que apontassem como foco, portanto, o cuidado em liberdade, prezando assim pela lógica antimanicomial.

Esta dissertação se propõe a se debruçar sobre o assunto, colocando a *crise* em relevo para tentar acessar que sentidos se tem produzido dessa e como essa é tratada pelos profissionais da Saúde Mental. Busca-se acessar o plano em que essa se constitui como conceito (sempre operativo) e que efeitos se desenrolam a partir daí.

Esse campo o qual adentraremos é composto por uma rede de serviços públicos que surgiram com a Reforma Psiquiátrica e “deveriam”, a partir daí, trabalhar na lógica antimanicomial, proporcionando aos seus usuários e à comunidade um serviço que trabalhe a favor da liberdade, da interação social, dos processos de singularização, ou seja, outra lógica de tratamento e de estar com o sujeito chamado louco. Entretanto, como observa Alverga e Dimenstein (2014), os modelos substitutivos não garantem por si só um funcionamento desinstitucionalizante, uma vez que, segundo esses autores, as formas manicomiais, entendidas como desejo de controle e de submissão do outro, atravessam e constituem em tempo integral as práticas sociais, e, por conseguinte, os sujeitos como efeito dessas práticas. Dessa maneira, mesmo com os muros hospitalares derrubados, as práticas manicomiais podem ainda se presentificar no dia-a-dia desses serviços substitutivos que podem constituir-se como dispositivos duros, cristalizados. Afinal, não se trata de substituir uma instituição por outra, trata-se de repensar, colocar em xeque, os modelos e referências até então instituídos.

Neste sentido, Thomé (2013) realiza uma provocação em seu artigo e questiona o porquê de existirem ainda tantas internações em hospitais psiquiátricos sabendo-se que existem inúmeras alternativas, como os CAPS, que são dispositivos mais do que necessários para atender as demandas na Saúde Mental? Tais encaminhamentos para internações estariam, por exemplo, corroborando para manutenção de um modo de lidar com a loucura, a saber, o modo manicomial, onde não é possível prescindir dos hospitais para um suposto tratamento eficaz.

A questão que se coloca é justamente essa, estariam esses sujeitos livres para transitarem onde bem entenderem? Livres para decidirem que rumo tomar em suas vidas? Ou estariam esses sujeitos “obrigados de alguma forma” a frequentar esses espaços? – Trata-se de uma provocação que se deseja fazer, colocar em questão a arbitrariedade que esses espaços exercem muitas vezes na vida dos sujeitos.

A escolha deste campo de pesquisa se faz pela aposta de que estes espaços são universos de potência, capazes de imprimir outra lógica quando se trata de

serviços de Saúde Mental. São potencialmente capazes, entretanto, isso não está garantido, exigindo que a cada dia sejam repensadas as diretrizes, as práticas de cuidado, as vivências locais e o que produzem. E vemos como problematizar e questionar torna-se fundamental para a revitalização da Reforma Psiquiátrica e essencial para repensar as práticas que são construídas nesses dispositivos que, de antemão, foram construídos para lidar com essas demandas.

A *crise* no campo da Saúde Mental constitui-se como uma noção heterogênea, recheada por conceituações das mais diversas incluindo muitos campos disciplinares os quais não faremos análises de maneira detida. Entretanto, percebemos que certos entendimentos se formam como hegemônicos nos meios científicos. Com tudo isso, observamos que, as relações de saberes/poderes engendram certa noção de *crise* como preponderante ou, ainda, como uma certeza, conferindo à noção de *crise* certa universalização. Como, por exemplo, a noção de *crise* intrincada a uma periculosidade.

Para a realização deste trabalho de dissertação foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, realizadas de maneira individual, como ferramenta metodológica. Essas consistiram em algumas questões que pudessem disparar um diálogo a respeito do tema envolvido. É importante destacar que as entrevistas constituem uma maneira de acessar certa dimensão de visibilidade e dizibilidade das práticas, de que maneira a *crise* aparece e de que maneira é falada, acessar a própria produção e manutenção das instituições. Como ferramenta de pesquisa, a entrevista visa acessar não apenas a experiência que traz aquele sujeito ao qual se dirigem as perguntas, mas também acessar a experiência do próprio entrevistar, a entrevista se constitui assim como um coengendramento entre pesquisador e pesquisado (Tedesco, Sade e Caliman, 2013) e nos convoca também a assumir outra postura frente a uma possível dualidade, visto que mesmo em uma entrevista em que estão presentes “duas pessoas”, portam muitas vozes, uma rede. Assumimos assim um posicionamento político diante do pesquisar que remete à análise da prática do próprio pesquisador que se vincula a esse pesquisado.

Os entrevistados totalizaram em seis pessoas. O processo das entrevistas foi direcionado aos profissionais que trabalham nos serviços que constituem a rede do Sistema Único de Saúde, sem distinção de categoria profissional, pois, acreditamos ser importante as contribuições de todos que estão cotidianamente em relação com esses sujeitos ditos em *crise* e que, desta forma, portam saberes provindos dessas relações.

Esse foi um critério que utilizamos ao buscar pelos participantes. A busca consistiu em encontrar profissionais que se interessassem, de maneira voluntária, por colaborar com a pesquisa relatando suas experiências vividas com a temática da *crise*. Para chegarmos até esses profissionais, confeccionamos uma carta-convite e contamos com a colaboração de colegas que ou possuem aproximações com a temática ou conheciam quem pudesse vir a ser um participante. As entrevistas foram gravadas e utilizamos trechos transcritos ao longo da dissertação a fim de que produzíssemos um verdadeiro diálogo com o texto, ajudando-nos a pensar nossa problemática.

Quando nos deparamos com a fase de realização das entrevistas e análise desse material chegamos a um ponto de decisão: como tratar esse material? Ou melhor, como cuidar desse material? Enfatizamos esse ponto por algumas razões de importância analisadoras e que consideramos necessário levantá-las. Quando iniciamos as entrevistas, quando nos propusemos ir a campo, muitas barreiras se erigiram, mas uma em especial não passou despercebido e que se trata da resistência das pessoas em participarem de uma pesquisa.

Quando propúnhamos as entrevistas, muitos “candidatos” a participantes negaram, ignoraram ou impuseram condições burocráticas a fim de impedir a concretização da mesma. Não nos pareceu como algo sem importância esse fato, afinal, o que ocorre nesse processo? O que poderia ser um impedimento para uma entrevista que se realizaria de forma anônima, com termo de consentimento livre e esclarecido?

Afinal, o que não estava esclarecido nesse processo é o **como** esses dados serão cuidados, tratados. Não está garantido nem para o pesquisador, nem para o participante esse como. Vimos com nosso processo de pesquisa que muitas outras coisas entram em questão. Em se tratando de trabalhadores da rede

pública pudemos observar, por exemplo, o receio de expor de alguma forma o serviço, receio de sofrerem retaliações e tantas outras coisas que nos fizeram refletir sobre os cuidados de nosso trabalho. Os serviços estão saturados de pesquisas que estão desconexas com suas realidades, que acabam por se tornar punitivas.

1.2.1 Por uma pesquisa que seja análise de implicação

“A análise aqui se faz sem distanciamento, já que está mergulhada na experiência coletiva em que tudo e todos estão implicados. É essa constatação que força o institucionalismo a colocar em questão os ideais de objetividade, neutralidade, imparcialidade do conhecimento” (PASSOS, BENEVIDES DE BARROS, 2009)

O institucionalismo, movimento surgido na França em meados do século XX e que surge justamente como crítica a determinados modos filosóficos, científicos, educacionais, clínicos muito enrijecidos e enraizados na época. Esse movimento faz um rompimento com as premissas de objetividade e cientificismo que ganhava, e ainda ganha na atualidade, uma dimensão totalizadora. A partir desse movimento é que pensaremos então em um caminhar metodológico que busca acessar o plano em que se constitui o que estamos considerando nossa temática, a crise como produção. A partir de nosso encontro com os serviços e com os profissionais de Saúde Mental, estamos valorizando e potencializando esses encontros e o que deles possam emergir. Buscamos inserir no texto narrativas que falam também de nossas próprias experiências caminhando assim no sentido da análise de nossa implicação.

Em consonância com o pensamento de Lourau, acreditamos que uma pesquisa não se faz de modo neutro, ela também é perpassada por questões do próprio pesquisador que se constrói ao mesmo tempo em que constrói sua escrita. Assim, é de extrema importância que essas questões de implicação também possam comparecer no texto.

Lourau (2004) aposta nas noções de implicação para chamar atenção ao fato de que o candidato à cientista não está imerso em uma suposta “neutralidade” por muitos disseminada. Já de saída, esses sujeitos estão também banhados por seus “objetos” e é preciso colocar essa relação em evidência, fazê-la “trabalhar” e não a ocultar. Nessa relação de analista/analizador o analista é fruto dos analisadores e importa, sobretudo, trazer à tona o que se passa nessa relação.

Para tanto, um dos dispositivos que escolhemos para auxiliar nesse trabalho é o diário de campo, que assim como Lourau (1993) remonta, o diário de campo é capaz de reconstituir a história subjetiva do pesquisador, trazendo à tona as vivências cotidianas no campo escolhido. Dessa maneira, acreditamos que esse dispositivo possa ser capaz de produzir uma análise de implicação da própria pesquisa com a temática escolhida.

Lourau nos aponta que um diário de campo nos aproxima das condições em que a pesquisa se desenrola, proporcionando o rompimento do que ele chama ilusões sobre uma neutralidade científica. O autor nos mostra que a restituição¹, através do diário de campo, é uma ação política, onde o autor pode se valer de tal ferramenta para a criação de um intelectual implicado “cujo projeto político inclui transformar a si e a seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e análises” (LOURAU, p. 85).

Considerando todas essas questões, considerando este um momento de decisão, optamos por uma pesquisa que potencialize os encontros gerados e concretizados pelas entrevistas. Cabe-nos, a partir dessa decisão, acessar essas experiências compartilhadas pelos participantes e, com olhar cuidadoso, trazer em forma de fragmentos e narrativas nesse texto a co-laboração, tecer essa análise de forma conjunta.

¹ Restituição, como aponta o Lourau, é um conceito socioanalítico e supõe falar de coisas que normalmente não se falaria em um texto acadêmico. O autor chama atenção para o fato de que não se trata de simples informação, pelo contrário, a restituição é uma técnica capaz de trazer à luz aquilo que fica à margem. Eventualmente o conteúdo da restituição pode parecer banal, mas é capaz de ativar processos de análise. Dessa maneira, além de entendermos que a noção de restituição esburaca certa pretensão científica, trazendo consigo aspectos singulares da pesquisa, compreendemos também a restituição em sua potência de fazer surgir material de análise.

Pensamos, falamos, nos interessamos aqui por maneiras de inventar e reinventar nossas práticas. Inventar tem um caráter produtivo, criativo. Dos colaboradores nos interessa a dimensão coletiva de produção de uma pesquisa, por isso são participantes. E pelo mesmo motivo se apresentam ao longo do trabalho ao invés de serem colocados em um único capítulo.

1.2.2 Dos tropeços que fazem pensar

Compareci hoje ao encontro marcado com uma profissional da Unidade de Saúde da qual pretendo me inserir para dali puxar os fios desse campo de pesquisa. Nosso encontro durou algumas horas e pude ter um acesso interessante, mesmo que pequeno, daquele serviço. Tinha uma expectativa com relação a esse serviço, que coisas encontraria ali? Grupos, oficinas, articulações com outros serviços? Nesse encontro que, sem saber, acabou por virar um jogo de expectativa versus realidade, pude compreender uma dimensão muito ampla que envolve os serviços. Não encontrei grupos, não encontrei oficinas, o acolhimento à demanda de saúde mental é feito de forma pontual e isolada. Quando persiste, a demanda é encaminhada para o serviço de urgência e emergência psiquiátrico que hoje, no estado, é o Hospital Estadual de Atenção Clínica, antigo Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho ou ao CAPS de referência. Das quase oito mil pessoas atendidas por essa Unidade, somente três casos são acompanhados pela equipe. Uma vez que esses casos se vão para a tal rede, que na verdade fala de um afunilamento em direção à internação, eles não voltam ao serviço. Uma passagem só de ida.

O matriciamento com o CAPS há muito tempo é feito via telefone ou e-mail, ocorrendo apenas quando estritamente necessário.

No olhar da profissional o cansaço.

Na equipe um desalento.

Os processos de trabalho e gestão desses serviços correm por profundas complicações que marcam exaustivamente a individualização dos trabalhadores e pessoalização dos processos de trabalho. A culpa é feito batata quente sendo jogada de mão em mão. O saldo é um esvaziamento, um grande furo na tal rede do qual tanto falamos e pouco sabemos.

(25/08/2016 – Visita a uma UBS de Vitória-ES)

Para chegar na pesquisa como a vemos hoje percorremos um longo caminho de indecisões, incertezas e percalços e traremos de forma sintetizada um pouco do que foi essa organização da pesquisa.

Ainda em uma fase de ‘pré-projeto’ para a seleção o mestrado, o interesse da pesquisa dirigia-se ao CAPS como campo e seus trabalhadores como sujeitos da pesquisa. O fator “crise” ainda não permeava nossas intenções, que ainda não estavam muito elaboradas. Ao desenvolver melhor o objetivo do trabalho, ao buscar um norte que guiaria assim o trabalho aqui presente, passamos a nos dirigir aos artigos que compunham a literatura científica mais atual que abarcava a temática. E nos deparamos com a seguinte problemática que rondava a temática da crise:

1 – Percebíamos naquele momento que a *crise* do sujeito considerado louco era debatida por poucos grupos de estudos e;

2 – O que encontramos em grande parte da literatura (mas não toda a literatura, é importante afirmar que encontramos produções que marcavam um direcionamento diferente) eram pautados pelo mesmo referencial teórico/prático. Porém, esse direcionamento, esse referencial teórico, muitas vezes não comparecia de maneira explícita, proporcionando uma ideia de homogeneidade com relação à concepção de crise. Homogeneidade esta que nos provocou inúmeras inquietações. A cada artigo relacionado a crise passávamos a nos questionar de onde e como foram concebidos aqueles sentidos e entendimentos ligados à *crise*.

A partir dessas inquietações é que fomos tomando a própria *crise* como temática de nosso trabalho, buscando assim compreender de que maneira a *crise* começa a emergir como algo naturalizado. Compreender como passa a ser possível existir artigos que explorem a *crise* de maneira já constituída e efetivada, sem que para isso se faça uma construção de sua contextualização. O que ficou para nós a partir dessa literatura foi uma *crise* que é “estabelecida”, é “dada”, é “natural” e, de certa forma, intrínseca ao sujeito louco. E com nossa entrada no mestrado, tivemos acesso a outras produções que, justamente, nos permitiram colocar essas noções de *crise* em xeque, de poder recortar a *crise* desse aspecto dado e pensá-la como uma produção. Dessa maneira, emerge também essa pesquisa, que vem questionar essas naturalizações(junto às produções que encontramos que faziam justamente a árdua tarefa de problematizar a *crise*, apontá-la como produção, construção), proporcionando ainda mais tensionamento na discussão referente à *crise*.

Tensionar, para nós, fala de acrescentar tantas outras questões à discussão relacionada à *crise* existente a fim não de chegarmos a uma conclusão, um fechamento, mas de chegarmos a um alargamento, abertura dessa concepção para compreendermos que não se trata de apenas mais uma ideia, mas de um jogo de forças político que leva a tal constituição.

Então, se antes, no pré-projeto, imaginávamos o CAPS como campo principal de pesquisa, fomos interrogados pela banca de qualificação sobre o porquê dessa escolha. Apontar o CAPS como serviço supostamente responsável pelo acolhimento à *crise* é trabalhar em uma lógica de “especialismo”, que levada às últimas consequências vai sempre pressupor um local “adequado” para a loucura, como os hospitais psiquiátricos, por exemplo. E em contrapartida, o que defendemos a partir da lógica do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial é justamente um acolhimento que se dê em rede, no território, articulado com outros serviços de saúde e assistência.

Assim, tivemos um reposicionamento em nossa pesquisa e passamos a compreender que, já que estamos propondo uma desnaturalização de uma noção tão importante como *crise* e articulando essa desnaturalização com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica – que propõe um acolhimento em rede,

em território – deveríamos nós também, nessa pesquisa, abrir mão de certo “lugar do especialismo”. Dizemos isso tendo em vista que ao afirmar que alguns serviços da rede seriam mais adequados, ou seriam os “responsáveis” pelo acolhimento, como os CAPS, estaríamos, num certo sentido, ainda na direção da concepção de que a loucura precisaria cada vez mais estar reclusa em certo serviço e sob a tutela de certos saberes, o que garantiria seu tratamento. A lógica do especialismo privilegia a doença em seu aspecto neurobioquímico e pressupõe especialidades médicas como única opção de tratamento. “O resultado histórico deste modo de pensar a dor psíquica é bem conhecido: segregação, violência institucional, isolamento, degradação humana” (YASUI, 2015, p. 18). Yasui nos lembra que na perspectiva basagliana liberdade é base da prática terapêutica e não resultado, um fim. Deste modo, pensar na produção de saúde vincula-se diretamente à produção de subjetividade, à produção de cuidado no território, no cotidiano. Não se trata, portanto, de um cuidado que deva se exercer em serviços de alta complexidade, como os hospitais, mas de um acolhimento que é diário, que se exerça, sobretudo, nos serviços que estão em contato direto com o território, como as unidades básicas de saúde.

Ora, não existe local “adequado” para a loucura senão o mundo, o território, as ruas da cidade, os parques, o trabalho... Quem acolhe é a rede e não o serviço e conjunto de serviços também não compõem uma rede. Trabalharemos mais detidamente a questão da rede mais à frente, por hora o que precisamos compreender é que serviço sozinho não suporta nenhuma demanda.

E com essa interrogação nos colocamos em outro direcionamento, o que mudou completamente os sentidos e forma de colocar nosso problema de pesquisa. Compreendemos que esse modo de colocar o problema fala justamente de um problema metodológico e que se torna nesse trabalho um pilar que sustenta nossa discussão.

A partir desse redirecionamento pensamos que uma boa estratégia de entrada em campo seria através da atenção básica de uma região de Vitória/ES. Nosso campo de pesquisa se daria a partir do itinerário percorrido pelo usuário quando do seu acolhimento nos serviços de saúde públicos desta localidade, que conforme institui a Portaria 3.088 (Brasil, 2011) esses serviços são responsáveis

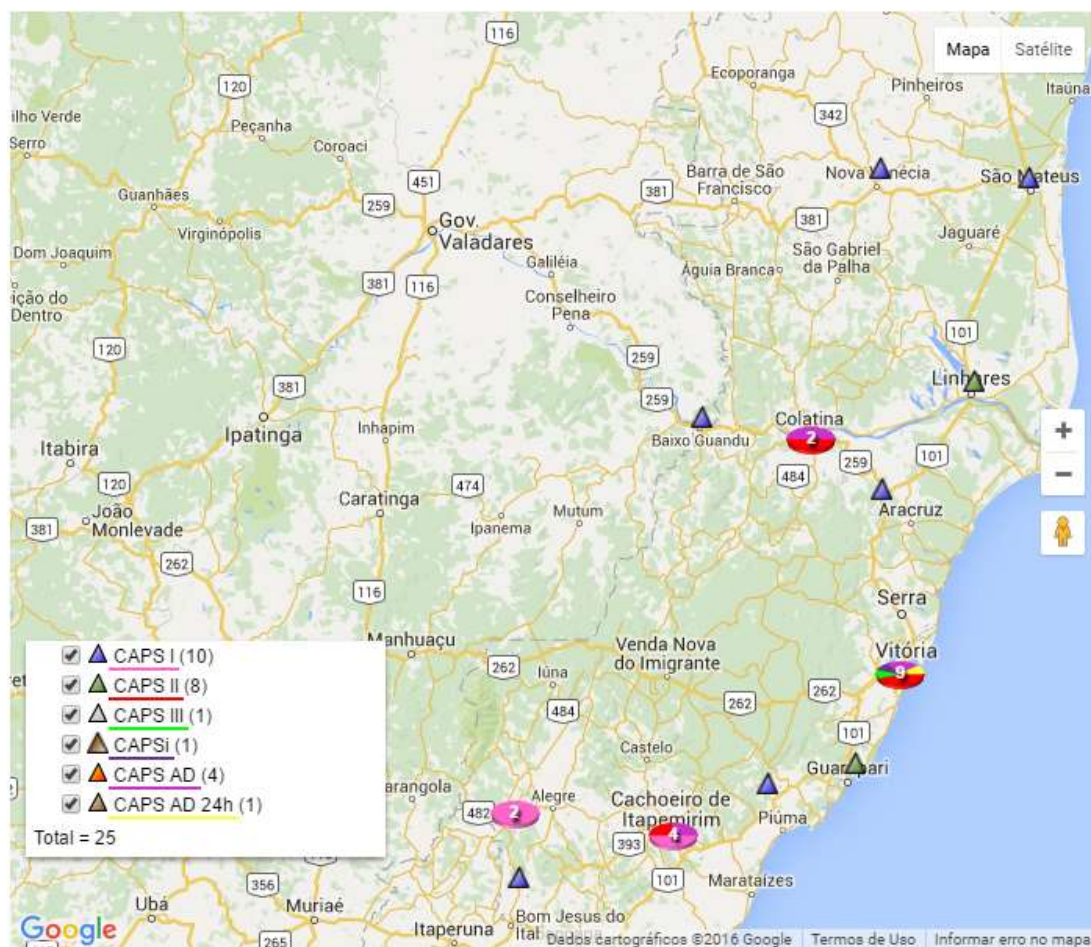
por tal acolhimento à população com transtornos mentais. Entretanto, o acesso a esses serviços não nos foi possível já que não conseguimos a autorização necessária para adentrar aos serviços dado pela prefeitura. Nossa entrada se daria a partir da UBS não se restringindo a ela, já que, sabemos, nem todos os serviços são municipais. No entanto a atenção básica configurava-se para nós como boa estratégia de entrada visto que é indutora de rede, articula-se com o território e com outros serviços. Após aguardar mais de cinco meses por esta autorização que não veio, nos propusemos a repensar, novamente, o percurso pelo qual caminharíamos com a pesquisa. Dessa maneira, chegamos ao itinerário final da pesquisa que passaram a ser, portanto, encontros com profissionais da área da saúde mental sem, com isso, nos dirigirmos aos serviços propriamente. Contamos com a participação de profissionais que, independente do serviço, quisessem contribuir com a pesquisa.

Certamente que esse tempo de espera pela autorização dada pela prefeitura nos rendeu muitas reflexões e nos deparamos com algumas situações que falam por si próprias. O fragmento que trouxemos no início desse tópico fala de um encontro em que tentávamos estabelecer um vínculo com o campo de pesquisa que, como foi dito anteriormente, se passaria na rede de serviços de uma determinada localidade de Vitória/ES. Nesse encontro o que pudemos observar foram serviços que careciam de uma rede, que compunham-se de modo extremamente esvaziado, de sentidos, de cooperação, de articulação.

Buscávamos nesse encontro uma linha que pudéssemos puxar na direção de acompanhar que itinerários o usuário, dito em *crise*, realiza através da então “rede”. Sabemos, com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, a partir de sua lógica e a partir de todas construções de práticas que esse movimento vem desenvolvendo, que se preconiza uma articulação territorial, sempre em rede, que possa dar suporte e assistência aos casos em que se demanda cuidados em Saúde Mental. Fomos atrás dessa articulação, dessas linhas que conjugam os serviços. Nos deparamos com uma fragilidade tal das conexões desses serviços, que compareceram pontos de atenção, que se iniciam e se finalizam em si mesmos. Na unidade básica de saúde que tivemos acesso nos foi relatado que o matriciamento ocorre através de trocas de *e-mails*, quase não havendo articulação com outros serviços. O acolhimento à *crise* é realizado com muita

dificuldade sendo sempre direcionado para o mesmo ponto de atenção que é o HEAC (Antigo hospital Adauto Botelho). O fluxo tem se constituído principalmente nessa direção, na direção da especialização e para um “antigo” hospital psiquiátrico. E no próprio serviço não é disponibilizado nenhum grupo ou trabalho a longo prazo para acolher a demanda de Saúde Mental.

Para situar o leitor cerca dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental na Região Metropolitana de Vitória no Espírito Santo trazemos algumas informações quantitativas acerca dos principais serviços que compõem a rede que realiza o acolhimento das demandas de Saúde Mental. Atualmente a Região da Grande Vitória possui 164 Unidades Básicas de Saúde, 9 CAPS, e um Hospital Estadual de Atenção Clínica onde está localizada a Unidade de Urgência em Saúde Mental que funciona com 13 leitos de observação, além dos 50 leitos já existentes na Unidade de Curta Permanência e mais 20 leitos de geriatria na antiga Unidade de Ressocialização (Informações disponíveis no *site* da Secretaria Estadual de Saúde). Estes serviços atendem os 7 municípios integrantes à região considerada metropolitana, com uma população de 1.884.096 habitantes. Essas informações foram acessadas no *site* da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) (2016). Segue abaixo um mapa onde é possível visualizar a distribuição dos CAPS pelo estado do Espírito Santo.



Mapa dos CAPS do Espírito Santo, disponível em: <<http://sage.saude.gov.br>>

Nosso trabalho a partir da inserção nos serviços não foi possível já que não obtivemos autorização a tempo. Na duração da espera pela autorização e dos encontros que tivemos com os serviços nesse tempo, pudemos perceber quão fragilizados estes estão. Contudo, a fim de levar adiante nossa pesquisa, articulamos uma outra via possível para acessar o que se tem realizado como acolhimento à *crise* na saúde mental.

Se por um lado sabemos da importância e necessidade de acessar a rede composta pelos serviços públicos, por outro sabemos também que essa rede é composta não apenas por máquinas e aparatos senão também por pessoas e por certas dinâmicas. A rede é também composta por trabalhadores que estão no dia-a-dia se constituindo e constituindo suas práticas em rede em seus serviços (ou pelo menos na tentativa). Com o olhar sensível para isto que constitui e é rede, que são também esses trabalhadores, é que fomos então em

busca desses. E a partir de entrevistas, pudemos acessar suas experiências com as demandas de *crise* na saúde mental e com os próprios serviços.

Trabalhar com a perspectiva da rede é apostar em um acolhimento que não se faz individualmente e nem de modo localizado e pontual sobre o sintoma-crise, mas de modo coletivo e que visa, a longo prazo, um cuidado que compreende uma coparticipação, um coengendramento de produção de saúde, que incida sobre os modos de vida desses usuários. Desse modo, não se trataria mais de se relacionar com a crise a partir do apaziguamento de seu aspecto biológico (doença), mas a partir da produção de subjetividade (instaurar outros modos de viver) que emergem nesse acolhimento.

Utilizaremos então as entrevistas que realizamos com esses profissionais e estas serão apresentadas, ao longo desta dissertação, em fragmentos, trechos de falas, na íntegra e com seus nomes trocados por nomes fictícios a fim de evitar qualquer tipo de identificação. Os fragmentos, assim como nossa própria experiência, são preciosos para esse trabalho como modo de compor uma estratégia de problematização e análise dos processos de acolhimento à *crise*, bem como alguns pressupostos e efeitos.

1.3 Loucura ou “quem são eles”?

Pensamos em trazer uma discussão sobre como as práticas que produzem certa visibilidade e dizibilidade acerca da loucura nos ajudam a pensar a atualidade do acolhimento à crise na Grande Vitória. Considerando elementos de uma articulação mais ampla e a relação das políticas de Estado e pública com certos modos locais de acolhimento à *crise*. Contudo, ao tentar compor essa escrita surge uma outra questão, um embaraço: como produzir esse texto sem, no entanto, falar mais do mesmo? O que poderia ser trabalhado sem que se fique preso ao que já é costumeiro em textos de saúde mental, que trabalham questões sobre a loucura?

Aqui comparece um buraco e uma angústia: porque depois de tantos anos de denúncias, de alertas, de produções acadêmicas, mesmo após cerca de três décadas, aproximadamente, desde que se presentificou a Reforma Psiquiátrica no Brasil, e muitas outras décadas desde que se vem discutindo as questões que abarcam o tema da loucura, mesmo assim, ainda precisamos, necessitamos, ressaltar em nossos textos o que se passou com a loucura, trazer a história da loucura, que como se diz já estão todos 'carecas de saber'?

Dessa forma, quando dizemos que 'precisamos' continuar trazendo essa história à tona percebemos que essa necessidade de gritar em alto e bom tom parte do fato de que essas situações não mudaram ainda, pelo menos não completamente. E é com esse misto de angústia e necessidade de mudança que nos propomos a começar então a trazer, mesmo correndo o risco de dizer mais sobre o mesmo, uma construção do que se configuram esses "outros" os quais foram, ao longo da história, sendo construídos como outros desvalidos, doentes, anormais. Quem são esses sujeitos dos quais tanto se fala, tanto se observa, tanto se tem medo, tanto se aprisiona?

O universo da loucura, que nem sempre esteve inserido nesse contexto médico/acadêmico, como se observa nos dias atuais, se constrói dentro dessas dimensões, a partir de um longo processo em que a vida e o homem-vivo tornam-se alvo do investimento do poder, tornam-se fenômenos a serem controlados dentro de uma nova organização de sociedade que culmina com o aparecimento dos estados modernos. Iremos explorar melhor essa questão mais adiante.

1.3.1 E a crise com isso?

É importante mencionar que neste estudo colocamos o termo *crise* sempre em itálico ou com alguma diferenciação para evidenciar uma tentativa de colocar esse termo em suspensão, colocá-lo também em análise. É preciso olhar com atenção para alguns termos que aparentemente estão dados de forma

naturalizada. O termo *crise* será tomado nesta dissertação enquanto algo que precisa ser retirado desta forma natural, como algo que necessita análise.

Em afinidade com o pensamento de Foucault (2007), de que conceitos e objetos do conhecimento emergem em constante construção, isto é, que existem condições econômicas, históricas, sociais que permitem e de alguma forma ‘direcionam’ certas emergências conceituais, certos saberes, é nesse sentido, da construção e constituição constantes, que buscaremos realizar uma análise da conceituação *crise* tendo como direcionamento os efeitos de tal construção. Será que esse termo sempre foi utilizado com o mesmo sentido? Esta também é uma questão que movimenta o presente estudo.

Sabendo da importância de conhecimentos acadêmicos para a vida cotidiana, no sentido mesmo da produção de modos de viver, não estaria esse próprio termo produzindo formas e modos de loucura?

‘Surto psicótico’, ‘crise psíquica’, ‘emergência psiquiátrica’, ‘crise em saúde mental’, ‘crise psiquiátrica’ muitos são os nomes que tentam abarcar/qualificar, aquilo que é da ordem da vida. A dificuldade em se dar um nome preciso para certos movimentos da vida nos dá indícios de que é preciso olhar com atenção ao que se vem construindo enquanto codificações psiquiátricas muito utilizadas: “momento individual específico” (COSTA, 2007, p. 96), “vivências conflitivas que acarretam uma ruptura com a realidade socialmente aceita [...] A crise é a expressão da doença” (SANT’ANA ET AL, 2012, p. 217).

Afinal, o que se pretende ao utilizar uma “realidade socialmente aceita” como referência, como norte, para aferir uma *crise*? Que implicações temos, em termos de Reforma Psiquiátrica, ao compreendermos uma *crise* como “expressão de doença”? Nos parece que nesses pequenos detalhes, nessas poucas frases que ousam diagnosticar uma *crise* comparecem muito mais do que apenas poucas palavras. Essas marcam um modo, um como-fazer, um olhar para o que chamam *crise*, para o que consideram louco, toda uma maneira de compreender a saúde mental.

“Um momento individual específico” nunca poderá ser problematizado como uma questão política, econômica, ética, social, pois torna-se um problema do

indivíduo, longe de uma relação social. Ao colocarmos, de saída, que o problema da crise é um problema individual e específico, estamos retirando de cena todo um plano micro e macropolítico em que a chamada *crise* se instaura e emerge.

Ora, apesar de parecer uma inquietude desnecessária com algumas dúzias de palavras estamos nos atentando para o que, nas minúcias, podemos encontrar de posicionamento. Se não comparece, pelo menos na maior parte da literatura atual relacionada a *crise* seus modos de enxergar a loucura, é nas minúcias que encontramos registros de modos ainda arcaicos de corroboram para proliferação de práticas discursivas que dizem de uma loucura sinônimo de doença, sinônimo de um problema individual, sinônimo de sintoma.

O louco e sua *crise* vem ao longo do tempo sendo cada vez mais inseridos em conjuntos de saberes e práticas biomédicas, processo este que permite, cada vez mais, acentuar a caracterização de movimentos próprios da vida como processos patológicos, doentios e que necessitariam assim tratamento biomédico. Esses ‘especialismos’ emergem em determinado momento da história como regimes de verdade, produzindo recortes da vida, enquadrando-a em diagnósticos, em categorias nosológicas, ou seja, ignorando a processualidade e movimentos inerentes a ela.

É preciso refletir: esses sujeitos ditos loucos, além de Carteira de Identidade e Cadastro de Pessoa Física, documentos os quais identificam um cidadão, também possuem um “CID” (Código Internacional de Doenças). Que se torna mais um número de registro que os identificam. Mas nesse caso, os identificam como parte de um seletivo grupo de ‘doentes mentais’. Os ‘CID’ que acompanham esses sujeitos desde o primeiro contato com o médico psiquiatra (profissional responsável por realizar o diagnóstico da ‘doença’) provavelmente os acompanhará até a sua morte. Esses códigos os diferenciam de outras pessoas, anuncia que se trata, portanto, de um ‘doente mental’.

Incrustado em suas peles, marcado para sempre em suas existências, o ‘CID’ fornece a essas pessoas algumas situações que funcionam quase como obrigação. Aos sujeitos loucos, identificados com um ‘CID’, nenhuma (ou quase nenhuma) crença é depositada, sua palavra não vale, afinal, como já advertia Foucault (1978), os loucos foram considerados sujeitos desarrazoados,

desprovidos de Razão. Sua palavra, sua linguagem “sem nexo”, suas variações, não estão comportadas nos padrões racionais de normalidade.

Padrões que normatizam, que estabelecem verdadeiros modelos dos quais é ‘preciso’ se valer, é ‘preciso’ estar encaixado. A figura do louco é constantemente confundida e assimilada à periculosidade. E é por essa via que os manicômios são justificados, pois mantém sob controle e protegem uma dada sociedade de pessoas supostamente perigosas, que não são compatíveis com os padrões de beleza, de intelectualidade, de racionalidade.

A figura do louco constituiu-se a partir de identificações, classificações, ou ainda, binarização de uma forma de vida diferente daquela concebida e valorizada pela sociedade “ocidentalizada”. A diferença em questão é tratada com desigualdade, como forma de diminuir e extinguir outras formas de vida possíveis. Peter Pál Pelbart nos mostra que,

Ocorreu com a loucura, tal como foi analisada por Foucault: também a psiquiatria não é o conhecimento objetivo da doença mental, mas a racionalização de uma dominação concreta, e a loucura que a psiquiatria conhece é um objeto construído a partir dessa dissimetria de base (PELBART, 2009).

Com a necessidade cada vez maior de ‘conhecer’, ‘entender’, ‘mensurar’ a loucura – necessidade esta que se produziu enquanto necessária. E ao dizer isso, mencionamos o fato de que essa necessidade epistemológica com relação à loucura ganha força a partir da Modernidade, época em que, como aponta Veiga-Neto (2001), a ordem deixa de ser algo natural sendo pensada a partir de seu oposto, o caos, ou seja, a desnaturalização da ordem provoca um movimento de tentativa de controle dessa mesma ordem. Dessa forma, os sujeitos Modernos foram marcados pelo temor ao caos e, à vista disso, vislumbraram a possibilidade de ordenar, não apenas os sujeitos, mas também a própria Natureza.

Essa vontade por identidade, pelo agrupamento de supostos iguais, faz emergir “o diferente”, mas não em uma diferença potente e viva. A diferença emerge aqui como desigualdade, uma diferença capturada, sobrecodificada. É aquilo que não sou, portanto, não tem valor real – O louco não possuindo a razão que tenho,

não vive a realidade em que vivo, portanto ele está fora da realidade por ‘nós’ compartilhada.

Opera-se assim uma dicotomização da realidade onde certos grupos teriam acesso a ela e outros não. A questão que se coloca nessa diferença de realidade é também o sequestro da própria realidade, que só poderia ter um dono – ou se tem acesso a ela ou não se tem.

Contudo, não se trata de uma decisão que pertenceria ao indivíduo comum, essa é uma questão muito mais complexa. Nesse jogo de poder o indivíduo comum está ele próprio enlaçado, o que acontece nesse caso é o efeito de práticas e discursos (práticas discursivas) que passam a operar um conjunto de saber-fazer sobre a loucura, produzindo o “objeto loucura”. Esse conjunto de práticas passa então a funcionar nos exercícios de poder hegemônicos, como o saber biomédico, que tem engendrado essa lógica de uma realidade dada.

A loucura hoje é facilmente descrita em termos biomédicos, como doença, como algo que precisa estar contido para caber na sociedade. O papel desempenhado por essa cultura biomédica hegemônica, baseada em supostas evidências é o de ‘fazer caber’ a loucura dentro dessa sociedade padronizada. Sociedade normalizadora, que tece sutilmente seus padrões, seus protocolos.

Todavia, ‘fazer caber’ fala de uma pretensa inclusão dos sujeitos considerados anormais em uma suposta sociedade normal. Ao incluir esses sujeitos em uma política de Estado, por exemplo, muitas vezes esses sujeitos são incluídos em um sistema que continua os identificando, os separam, os localizam dentre aqueles considerados normais. Consequentemente, acreditamos ser necessário o questionamento: de que forma esses sujeitos são ‘incluídos’ nessas políticas públicas?

O ‘fazer caber’ que é muitas vezes vivido no cotidiano de quem está com a loucura, seja trabalhando, seja por outras vias de relacionamento, é muitas vezes pensado como única maneira possível de lidar com essa loucura. Afinal de contas, o ‘fazer caber’ reflete uma situação sem saída em que todos são colocados ao mesmo tempo, tanto quem lida com a loucura quanto quem a experimenta. Uma paradoxal situação própria dos exercícios do poder/saber que

levam ao esgotamento das possibilidades para assim capturar. Nos dias atuais, os exercícios de poder/saber sobrecodificam a vida a partir justamente dos paradoxos a que eles proporcionam, através do cansaço e esgotamento de um cotidiano marcado por impossibilidades, como é a impossibilidade dos modos de existência da loucura.

Ou seja, para essa loucura – dessa maneira pensada, estudada, propagada, a loucura sinônimo de caos dentro de uma sociedade organizada – repleta de signos e significados biomédicos, parâmetros cartesianos de enxergar o indivíduo, realmente não há outra solução, a não ser tentar ‘fazer caber’, já incluindo as promessas de periculosidade e de comportamentos bizarros. Afinal, não é possível para quem vivencia a “perda de sua própria existência” agir de outra maneira.

A seguir trazemos um fragmento da fala de nosso entrevistado João, que conversa com nosso texto no ponto em que apontamos as práticas na Saúde Mental que engendram certos modos de funcionar e que por isso são produtoras de subjetividade. João nos fala de maneira muito clara, as práticas ditas de cuidado não estão dissociadas da maneira como a loucura se apresenta, são imanentes. João nos apresenta um pouco do que era sua rotina em um antigo hospital psiquiátrico e faz um paralelo com seu trabalho no CAPS:

“E tem a hora disso, a hora daquilo. Oh! Agora é hora de tomar sol no pátio. Entre aspas né, então a hora de ir para o pátio entra dentro de uma norma, de uma rotina, de um controle, de um tempo, dentro de uma rotina institucional. Isso é uma situação que em alguns casos gera a crise. Porque naquele momento ali ele não quer tomar café, por exemplo. E muitas vezes, naquela época, os profissionais que tinham aquela lógica hospitalar de seguir uma norma institucional: que naquele momento ali era o momento do usuário tomar café, ele só pode comer naquele momento ali... Passou aquele momento, se ele não puder comer, ele não come mais nada. Volta e não come mais nada. E, também não posso dizer que todos, mas muitos não tinham uma preocupação de que se ele saísse naquele momento para tomar o café ele ficaria sem se alimentar até o próximo momento. E quando ele era provocado para sair vinha a crise. Uma crise, porque você está sendo obrigado a fazer

uma coisa que você não quer fazer. Então era o momento de risco de agressividade, de muitas situações. Se fosse fazer um estudo, ia ser identificado que nessas inversões de controle dentro de uma rotina construída dentro da instituição, eram os momentos de maior conflito, dos usuários com as equipes. Isso acontecia e eu acredito que acontece até hoje. A gente no CAPS administra isso melhor, então apesar de existir também uma questão de rotina, por ser uma instituição de serviço de saúde, mas você tem um manejo melhor nas relações... “tudo bem, se você não quer almoçar, não vai almoçar, eu posso guardar a sua marmita”, até porque os recursos que a gente tem aqui dá condições de você trabalhar isso, gerando uma relação de confiança melhor com o nosso usuário. O que as vezes fugia às nossas mãos porque o hospital num dia é uma equipe, outro dia é outra equipe... e quem assume isso no hospital não é a equipe multidisciplinar”.

(Relato do participante João)

1.3.2 Crise como produção

O saber médico-psiquiátrico tem exercido larga função no que concerne à definição do que seja *crise*. Segundo Paulon et al (2012) esse saber médico-psiquiátrico apropriou-se da considerada *crise* da loucura para então defini-la como máximo momento de intensificação da periculosidade dos sujeitos considerados loucos, estando ele, portanto, “imprevisível em suas atitudes e comportando-se de maneira bizarra”.

A íntima conexão que o saber médico estabeleceu, desde a modernidade, com o saber jurídico, vinculando periculosidade e desrazão, oferece fértil solo conceitual e aparente discursividade científica para sustentar uma concepção de crise restrita às rupturas desorganizadoras do sujeito que exigem intervenção externa hierarquizada e justificam qualquer cuidado normatizador (Paulon et al, 2015, p. 286)

A suposta *crise* é, dessa maneira, dissecada, recortada do processo em que vive o sujeito, fazendo emergir apenas aquele momento, específico e pontual, em

que aparentemente as coisas ‘desandaram’ para ele. Este acontecimento é tomado em individualidade, em recorte num espaço-tempo que seria linear e de forma homogênea para todos, em representação e reconhecimento de comportamentos já dados e já enumerados, descritos, apropriados.

Objeto e meio são separados na pretensão de uma simplificação e ordenação da vida, e o que disso procede é uma diferenciação em categorias e disciplinas que não se comunicam, não se interagem (Paulon e Romagnoli, 2010). Isto é, a crise-sintoma se constrói como um saber conceitual em que, muitas vezes, é possível observar essa ‘simplificação’, quando notamos certa ênfase da individualização do sujeito.

A *crise* do sujeito louco tem carregado consigo todos esses preceitos de uma realidade não acessível, de um ‘lugar’ (metafísico, diga-se de passagem) para onde o louco ‘vai’ e não retorna. Essa *crise* fornece também um lugar para o louco e pode-se ter a certeza de que não é no mesmo lugar dos sujeitos de ‘Razão’.

Dialogando com Alice, participante da pesquisa, vemos surgir um sentido para *crise* que marca certo modo de compreender o sujeito:

“E o que a gente percebe também é que em alguns momentos eles precisam da crise. Principalmente o bipolar. Então assim, eles boicotam a medicação eles dão um jeito... é como se eles precisassem realmente de um espaço para expressão”.

(Participante Alice)

A fala da participante Alice para nós tem grande importância analisadora. Vemos com ela um sentido para *crise* que comparece com frequência, que seria da ordem de uma necessidade de se expressar, de deixar vir à tona algo que está sendo contido. Sentido esse que não nos parece estranho e que, muito pelo contrário, efetiva-se com frequência nas práticas profissionais.

No entanto, o que vemos ganhar o sentido de expressão para a *crise* fala de um efeito de determinado modo de pensar o sujeito. Trata-se, portanto, de uma dimensão onde a pessoa é olhada a partir de sua individualidade, a subjetividade nessa perspectiva é encarada como identidade, unidade separada de um social,

que lhe seria “externo”. Entendemos ser essa uma noção que emerge na Modernidade, a noção de uma subjetividade que se conecta com a atividade da razão, da consciência, do sujeito que sabe de si e é centrado em si mesmo e que, pela razão, conhece a “verdade pura” (Brito, 2012).

O sujeito, segundo toda uma tradição da filosofia e das ciências humanas, é algo que encontramos como um *être-là*, algo do domínio de uma suposta natureza humana. Proponho, ao contrário, a ideia de uma subjetividade de natureza industrial, maquínica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida (GUATTARI e ROLNIK, 2013, p. 33)

E vemos como a *crise* é, por efeito de certo modo de se pensar os sujeitos, associada a formação de uma identidade imutável tal como vemos numa tendência hegemônica da psicologia e também da psiquiatria, que formulam diagnósticos baseados em estruturas supostamente imutáveis do ser. A partir disso a crise passa a denotar também algo interior que necessita “sair”. Ainda aqui, a crise referencia-se a um estado intrínseco do sujeito que precisa desabafar, colocar para fora, algo de sua individualidade. Dessa maneira, individualizamos, reforçamos o diagnóstico baseado na imutabilidade, apontamos o indivíduo como único ‘responsável’ por sua crise.

Ora, não estamos dizendo que não há rompimentos em uma crise, estamos por outro lado apontando o caráter individualizante e intrínseco que a crise passa a denotar, sendo pensada como desordem no interior de um sujeito supostamente estruturado.

A crise aparece como o problema da pessoa que por um infortúnio do destino acaba se desencadeando. Dessa forma, ela é individualizada e o social torna-se apenas um gatilho, um disparador desse desencadeamento.

É importante notar que o social, o exterior, comparece nessas perspectivas, mas apenas como agente pontual, como disparador ou como o que vai alimentar a crise, mas a *crise* tem sua localização no indivíduo.

Guattari e Rolnik (2013) nos convidam a pensar não em uma subjetividade sinônimo de unidade, de “recipiente onde se colocariam coisas essencialmente exteriores, que seriam interiorizadas” (GUATTARI E ROLNIK, 2013, p. 43), mas em processos de subjetivação. Uma subjetividade que é maquínica, em

construção. Esses autores nos mostram que “importa pensar uma subjetividade descentrada, múltipla, nômade, que dialoga com a superfície e não com o fundamento” (BRITO, 2012).

O processo de subjetivação é pensado a partir de fluxos, de emaranhamentos, conexões, fabricação. Com Deleuze e Guattari – críticos severos das perspectivas de pensamento da Modernidade – começa-se a inserir a possibilidade de movimento e deriva com relação à essa subjetividade unificada e essencializada. Subjetividade que passa a ser vista como produção constante, como modulação:

“A realidade, apreendida pelo viés da imanência e da exterioridade, é, sobretudo, uma reunião de linhas subjetivas e sociais, de natureza e de cultura. Essa não separação é possível porque, nessa perspectiva, tudo é atravessado por segmentaridades molares e desterritorializações moleculares, por planos, superfícies sobrepostas, que deslizam o tempo todo, processualmente”. (ROMAGNOLI, 2009, p. 171)

Nessa perspectiva, não se trata de um indivíduo causa de si mesmo, mas de um processo que instaura certa noção do indivíduo, e de indivíduo *versus* social, como assim vem se apresentando desde a Modernidade.

Segundo Guattari e Rolnik (2013), Descartes inaugurou essa concepção de subjetividade consciente ligada ao indivíduo e viemos ao longo da filosofia Moderna associando e construindo essa noção de indivíduo como tal, que é oposto a um social. Essa noção de indivíduo opera então uma dicotomização ‘indivíduo x social’. No entanto, os autores nos lembram:

A subjetividade não se situa no campo individual, seu campo é o de todos os processos de produção social e material. O que se poderia dizer, usando a linguagem da informática, é que, evidentemente, um indivíduo sempre existe, mas apenas enquanto terminal (Guattari e Rolnik, 2013, p.41)

Os autores nos convocam a abandonar radicalmente a ideia de que a sociedade é formada por aglomerados de subjetividades individuais, nos apontando justamente um processo contrário, que é o da formação de tais subjetividades individuais como efeitos do entrecruzamento de várias determinações, como produção, a partir das relações econômicas, tecnológicas, sociais, etc. (Guattari e Rolnik, 2013).

Em conformidade com o pensamento desses autores acreditamos ser imprescindível trabalhar com a concepção de uma produção de subjetividade, trabalhar assim com a crítica à essa subjetividade unificada e essencializada do qual Descartes teoriza. Que seria então se conectar com uma subjetividade em constante produção.

Vinculados então a um olhar para o processo, para a produção, vemos que não se trata de uma subjetividade que seria somatória de coisas exteriores que fundariam um interior, um dentro. No processo de subjetivação, o indivíduo, encarado apenas como “terminal” dessa subjetividade, pode ele próprio se relacionar com esse processo, podendo vivenciá-lo: como alienação, ou seja, ele a recebe sem interrogá-la, sem transformá-la; ou pode vivenciá-la numa relação de criação, se apropriando dela para construção de outros modos de vida, processo o qual foi denominado de “singularização” (Guattari e Rolnik, 2013).

A partir desse modo de olhar para a dimensão da produção da subjetividade, é possível pensar em outros modos de vida, de produção de vida, de criação, invenção, ou seja, pensar em uma “subjetividade inventiva, desafiadora de si mesma, que se autoproduz em uma constituição, que não cessa de percorrer caminhos e também deixá-los, que exige modos de vida plásticos” (BRITO, 2012). E dessa maneira inaugura-se uma abertura para pensar também em outra loucura, em outra *crise*, não mais como ruptura de uma estrutura psíquica que seria de um ‘interior’, de um sujeito unificado, mas como movimento, como potência que precisa ser cuidada.

A pessoa em *crise* afirma-se na mais profunda solidão, mediante um mundo que se atualiza nas mais duras e rígidas identidades. Vive essa pessoa uma solidão de não poder compartilhar essa experiência, visto que, na sociedade impera a ilusão de um homem uniforme, organizado, estruturado. A negação de uma vida em movimento, turbulenta, inconstante, produz a negação de uma *crise* que possa ser inventiva, criativa, que inaugure novos modos de funcionar (Bichuetti, 2000).

E é nesse sentido que se aponta o que Paulon et al pensaram:

Situações de crise fazem vazar toda a multiplicidade da vida. Isto é tornam visíveis as forças constituintes da existência e nos interpelam,

de modo perturbador, colocando-nos diante da radicalidade de encontros nos quais nos deparamos com as formas instituídas no mesmo instante em que estamos sendo atravessados por fluxos instituintes (PAULON et al, 2012, p.90)

Dito isso, refletimos sobre esse constante exercício da vida, que se desenrola nesse movimento e tensionamento, de cristalizações e irrupções, de instituído e instituinte, neste novo que possa ultrapassar velhas ordens. E dessa maneira a então *crise* pode ser tomada enquanto um acontecimento que desestrutura formas de organização já endurecidas. O acontecimento-crise traz à tona a ilusão depositada numa crença à normalidade, à ordem, ele faz emergir o processo contínuo de rompimento com aquilo que está estabelecido, ou seja, as forças instituintes agindo sobre o instituído (GARCIA E COSTA, 2014).

É preciso assumir o acontecimento-crise como uma rachadura que se instaura diante de tantos exercícios de controle: excessos medicamentosos, práticas endurecidas e ensurdecidas que enxergam o sujeito apenas enquanto sintoma, impossibilidade de estabelecer laços, suposta neutralidade profissional/científica que acaba por objetificar e tomar o sujeito como o “paciente” por excelência – aquele que está passivo à mercê de tais práticas.

Portanto, é preciso ir além, faz-se necessário tomar o acontecimento-crise em sua face política e não apenas como resultado de um processo de enfermidade, uma agudização sintomática, um fenômeno individual. A aposta desta pesquisa é a de que o referencial teórico da Análise Institucional oferece ferramentas e conceitos para pensar essa problemática como uma rachadura no que vem sendo produzido como sentido para *crise*.

Conflitos e tensões são as possibilidades de mudança, pois evidenciam que algo não se ajusta, está fora da ordem, transborda os modelos. Diante disso, ou ocupamos o lugar de especialistas, indagando sobre as doenças do indivíduo, ou o de sócio-analistas, indagando sobre a ordem da formação que exclui os sujeitos. (ROCHA e AGUIAR, 2003)

Compreender a face política da *crise* permite promovê-la enquanto algo que não está dado de antemão, ou seja, é possível abrir caminho na direção de sua constituição, de que forma se constitui e para quem se constitui, abre espaço para refletir sobre a abrangência e a finalidade de uma noção como essa.

Dessa forma, é importante perceber que existem práticas discursivas que fomentam certas noções de sujeito e de vida. E trazendo à tona o caráter político

de tais construções é que podemos acessar o plano onde se formalizam naturalizações como essas. Consequentemente, entendemos que essas práticas discursivas não são meros organizadores linguísticos, mas que são, sobretudo, organizadores da vida, incidindo sobre ela a fim de obter controle sobre ela.

Pensar nas práticas discursivas que proporcionam a emergência da denominação conceitual *crise* é também pensar nas implicações dessas práticas discursivas, ou seja, os campos teóricos e práticos estão inteiramente interligados, e é impossível pensar nessa separação, já que coemergem.

Dessa maneira, é importante destacar que aqui se considera que o campo teórico e o campo prático não são duas dimensões diferenciadas, a produção intelectual/acadêmica não está separada da vida comum, da vida cotidiana, ambas se formam concomitantemente, formando-se uma pela outra, uma com a outra. Desdobramentos contínuos onde não é possível localizar um início, uma origem, apenas estar atento para as modulações e para os efeitos (CARVALHO, 2001).

Toda essa discussão dos processos de subjetivação, dos campos discursivos, nos permite compreender que a *crise* não está dada de antemão, dada *a priori*, e sim que existe um plano de construção em que tal conceito ganha relevância e se formaliza. É, pois, a partir desta discussão, que se pode refletir: o que acontece a um louco em *crise* nos serviços de Saúde Mental? Para onde ele vai? Ele tem decisão? Ele tem voz? Como e quais são os procedimentos para identificar sua *crise*? Agora, reflitamos: o que ocorre a um louco que não esteja em *crise*, as respostas são as mesmas?

O que se pretende com essas questões mais do que chegar a respostas concretas é levantar questões, é problematizar e compreender os desdobramentos e implicações do que se entende e dos sentidos que se tem de *crise* no contexto da Saúde Mental, tanto no que diz respeito às políticas públicas quanto na vida dos sujeitos em questão. Ou seja, entendemos que é necessário acompanhar que modulações e efeitos que se têm produzido nos serviços públicos que são destinados a acolher a chamada *crise*.

CAPÍTULO 2 - ONDE MORA O PERIGO?

Quando trabalhamos com a dimensão da produção estamos falando de um mundo que está permanentemente em construção. Falamos de relações que estão em construção. Falamos de valores, de ideias, de visão de homem, de sociedade que é e está em construção contínua.

E com isso em vista é que nos aliançaremos ao pensamento de Foucault para compreender de que maneira foi possível para a loucura, e para a crise do sujeito louco, ser encarada como algo a ser combatido. Não poderíamos, portanto, deixar de trazer a discussão que esse autor faz com relação à maneira como os exercícios de poder foram, ao longo do tempo, se moldando, se ajustando para assim se exercerem e como, em consequência disso, foram produzindo formas de vida a serem controladas.

Hoje temos conjuntos de práticas diferentes (práticas discursivas e não discursivas), no que concerne aos cuidados com a loucura. Vemos políticas de Estado direcionadas a tal público, vemos uma vasta construção científica cerceando o tema, vemos grupos que lutam pelos direitos dos “sujeitos em crise”. No entanto, ainda vemos a manutenção de certos distanciamentos e a manutenção do ‘lugar do louco’. O que apontamos aqui é que a manutenção deste lugar do louco vai ao encontro do que Foucault aponta como o exercício da biopolítica. E para circunscrever um pouco melhor de que maneira esse louco ainda é concebido nesse “lugar”, faremos um breve retorno ao conceito de Biopolítica.

2.1 Molda, modela, aperta que cabe! Crise e biopolítica

“Essa questão que estou querendo mostrar para você que está pesquisando sobre crise, é que também o ambiente influencia na situação da crise. Pelas vivências que eu tive. Por exemplo, eu estava falando do Adauto Botelho, naquela época, isso ainda na década do final de noventa, como ainda tem até hoje, essa preocupação de controle de espaço e de tempo. Como que é isso?”

Você disciplina esse usuário, por exemplo, dessa porta para cá ele não pode passar, tipo algo condicionante daquele ser humano. Ele não pode passar, se ele passar ele pode ser punido, então aí você fecha a porta, bota uma barreira física”.

(Participante João)

Ao rememorar algumas situações que vivenciara em seus tempos de trabalho no antigo Hospital Adauto Botelho João traz à tona algo que era muito corriqueiro e que, como ele nos alerta, persiste ainda nos dias de hoje: a loucura sendo adestrada. Feito animal que se pretende domesticar, essas pessoas são articuladas de maneira a responderem a única resposta permitida.

O problema de que João nos fala, de um controle de tempo e espaço, remete-nos a uma maneira de controlar a loucura que emerge a partir da inauguração de um novo modelo de poder, o poder disciplinar, que entra em cena com a decadência de um poder de soberania. Esse poder disciplinar despontou em um cenário que marcava o final de certa forma de organização do poder, que se dava através da soberania e da concentração do poder na figura do soberano. Estava o poder disciplinar preocupado com a força de produção dos corpos, para finalmente torna-los úteis ao Estado. Em uma época em que os Estados começaram a se consolidar, com a delimitação de seus espaços, com seus próprios exércitos e com a necessidade de se proteger, passam então a requerer das sociedades corpos úteis para defenderem seus Estados.

A queda do poder soberano, do poder de morte e aparecimento do poder disciplinar é elucidada por Foucault a partir da cena do Rei Jorge III, onde o autor nos mostra como ocorreu a reviravolta entre poder soberano e poder disciplinar. Louco, aprisionado em sua cela, Jorge III decai de seu poder totalitário e passa a se tornar alvo da incidência de um novo tipo de poder. É um poder discreto que o detém, não possui as insígnias de uma força exuberante como detivera o próprio Jorge, mas sim o anonimato. Não existe uma figura que centraliza o poder, este está repartido dentre tantos enfermeiros, técnicos e agentes que fazem a efetivação do poder. O poder passa a uma ordem científica, a um controle da medicina sobre o doente. A própria medicina torna-se uma máquina estatal de disciplina e controle dos corpos.

O anonimato, nessa nova organização do poder, funciona através da repartição e difusão do poder, o poder deixa de se apresentar de maneira concentrada nas mãos de apenas um e passa a se exercer através daqueles que se tornariam “funcionários” do poder, como são os enfermeiros e técnicos de um hospital psiquiátrico. Estes não são detentores do poder, mas é através deles que o poder pode se exercer. Dessa maneira é que o poder passa a se fluidificar, estando presente nas práticas cotidianas, ganhando uma consistência que difere do poder vertical, o poder passa a se horizontalizar (FOUCAULT, 2006).

No entanto, o poder disciplinar, mesmo que muito eficiente para disciplinar esses corpos, não conseguia abranger e acompanhar o movimento político e econômico advindo com a Revolução Industrial. Com o esgotamento das possibilidades do poder disciplinar um novo poder emerge, mais sutil ainda e de maneira mais abrangente, mais fluida, que passa a se efetivar onde a disciplina não conseguia chegar. Emerge a biopolítica.

A biopolítica trata de um investimento de poder sobre a população, surge já no final do século XVIII integrando, complementando e nos rastros do poder disciplinar que geria e investia os corpos. Para esse poder disciplinar, os corpos é que interessavam. Corpos individualizados, corpos que significavam força de produção, corpos a serem adestrados e docilizados. Para tanto, as técnicas disciplinares que arrebatavam esses corpos tratavam de sua organização, sua distribuição espacial, separação, alinhamento, serialização, vigilância. Esses corpos, pensados como força de produção precisavam aumentar sua própria força útil, eram treinados e exercitados para tal (Foucault, 2010).

As tecnologias de poder da biopolítica investem em outra escala, mas não se contrapõem às técnicas disciplinares, desenvolvem-nas. A biopolítica passa a se preocupar com a vida, com o homem-vivo. As tecnologias da biopolítica passam a se preocupar com os processos naturais da vida, como a morte, o nascimento e as morbidades (FOUCAULT, 2010).

Se em um momento anterior o olhar principal do poder disciplinar se dava em torno das grandes epidemias que se abatiam sobre as pessoas – essas que causavam massivas mortes – o olhar minucioso, o foco central da biopolítica passam a ser as morbidades, as enfermidades permanentes e tudo aquilo que

de alguma forma abaixasse o rendimento do indivíduo, que porventura ocasionasse faltas no trabalho, aumentasse o custo com tratamentos, que poderiam configurar desvios, improdutividade que feria diretamente a produção capitalista, falava de um modo errante. Ou seja, o poder passa a se ocupar dos que necessitariam ser colocados no 'eixo' de uma sociedade que produz e que deveria para isso ser saudável e organizada.

Para todas essas questões da vida que de alguma maneira colocasse o indivíduo fora do campo de capacidade e atividade, nomeou-se endemia o conjunto desses fatores que poderiam ser tanto acidentais como naturais. As endemias passam a ser um problema para o poder, pois eram enxergadas como algo que corrompia a sociedade.

A biopolítica se volta para problemas que, se visto de perto, são imprevisíveis e aleatórios, mas que no plano coletivo apresenta-se como constantes e permanências. São fenômenos que se “desenvolvem essencialmente na duração” (FOUCAULT, 2010, p. 206). Tal como caracterizamos uma *crise* nos dias atuais. Aquilo que faz parte da vida, existe e persiste na duração. As *crises* são recorrentes, afetam a família, afetam os serviços por onde passam esses sujeitos, afetam a vizinhança. Não passam despercebidas, instauram um incomodo, promovem rompimento com uma suposta ordem e paz. As *crises* nos remetem a essas endemias que em uma sociedade normalizadora, em um ato do exercício biopolítico é preciso ser controlado.

Diferente das técnicas disciplinares, a biopolítica tem outras funções. Através de medições estatísticas e previsões, intenta-se diminuir os efeitos globais desses fenômenos que são constantes e permanentes na população. “Vai ser preciso modificar, baixar a morbidade, vai ser preciso encompridar a vida, vai ser preciso estimular a natalidade” (FOUCAULT, 2010, p. 207). Dessa maneira, vai ser preciso também desenvolver tecnologias regulamentadoras. Essas que estão a serviço de uma massificação, de uma diminuição das anormalidades, de diminuição dos desvios e encaixar todos em uma norma. Mas não é de qualquer maneira que isso é realizado, trata-se de produzir uma população nesses moldes, de forma equilibrada. Não mais no nível individual, mas a nível global.

Convidamos o leitor a articular, tensionar esse conceito que viemos trazendo até aqui através desse fragmento de diário de campo, onde podemos refletir como nos dias atuais a biopolítica se exerce, e como de certa maneira esse exercício nos constitui:

“Era dez de outubro, dia mundial da Saúde Mental e, como tem ocorrido com certa frequência nas datas ligadas a Saúde Mental, estava então ocorrendo um ato, uma movimentação na Praça Costa Pereira, no Centro de Vitória/ES. O ato constituía-se de uma afirmação do cuidado em liberdade e ao mesmo tempo convocava a quem pudesse naquele momento se conectar com o movimento, a realizar uma manifestação contra clínicas psiquiátricas que conhecidamente praticam ações manicomiais e que ainda estavam em pleno funcionamento. Esse ato contava com a presença de diversos atores que compõem a rede de saúde mental do estado como CAPS, usuários, profissionais, militantes da Luta Antimanicomial, familiares, e pessoas com afinidade à temática.

Essa tarde de expressão desenrolava-se de maneira muito alegre, convidativa, buscava atrair olhares diversos. De um lado víamos expostos alguns trabalhos manuais, faixas provavelmente confeccionadas em atividades terapêuticas grupais e do outro lado tínhamos uma grande ciranda, que se agitava, dançava. Pude reencontrar com usuários do CAPS do qual fui estagiária, muitos abraços e prosas colocamos em dia. Em meio a tudo isso Francisco desabafou: “estou muito chateado, as eleições estão chegando e não tenho título de eleitor”. Fiquei intrigada com essa fala que ele me trazia, afinal, como pode um senhor já com seus cinquenta anos ainda não ter seu título? E respondeu dizendo que nunca o permitiram ter seu documento. Seu cunhado, que guardava e sempre se responsabilizara por seus documentos nunca vira a real importância desse ato: “para que você quer tirar título de eleitor, Francisco? ”. Resposta essa que sempre obtivera de seu cunhado.

Francisco nunca fora tão dependente assim de seus familiares a ponto de que precisassem tutelá-lo dessa maneira. No entanto, tornava-se ele impotente perante esses processos burocráticos que exigiam de alguma maneira a presença desse familiar. Seu cunhado não conseguia dimensionar a real importância do exercício de seus direitos de cidadão que requeria Francisco. Exercício que lhe fora e continua sendo continuamente negado. Uma negação dessa ordem não se exerce por uma verticalidade, mas como podemos observar com o exercício da biopolítica, compreendemos a partir de uma desqualificação, de um “para que mesmo você quer fazer isso?” e completamos “já que és louco”. A biopolítica atua silenciosamente, não é dita, no entanto, está para Francisco de maneira muito consistente.

Conversa vai, conversa vem. Estávamos embalados por paródias musicais que questionavam a então existência da clínica Santa Isabel, famosa por suas práticas manicomiais. Muitas pessoas transitavam pela praça. Uma dessas pessoas que passavam parou e voltou-se a mim: “o que está acontecendo?”, com olhar curioso de quem desejava compreender de que se tratava toda aquela movimentação. “Hoje é dia mundial da saúde mental, esse é um ato a favor do cuidado em liberdade” respondi. Pensativo o rapaz buscou em seus pensamentos algo que havia lido sobre loucura ou mesmo o que sabia sobre: “ah! Entendi. Vocês estão falando dos loucos, né?! São os mesmos loucos do Adauto? Vocês são de lá?” O rapaz ficou surpreso quando lhe disse que não, pelo contrário, as pessoas que estavam ali eram livres, que não moravam em nenhum hospital. O rapaz tentava compreender isso que parecia estar fora de sua alçada: “os loucos não são do Adauto?” e em uma atitude de demonstrar afinidade pelo evento disparou: “Esses trabalhos na grama foram eles que fizeram?! Sempre achei incrível a capacidade que os loucos tem de fazerem as coisas. São artistas! Eles se expressam e falam as coisas de maneira tão livre, né?! Se eles quiserem rolar na grama, eles rolam!”.

*Nesse momento ficou claro para mim a já martelada frase do cunhado:
“Para que você quer tirar título, Francisco?”.*

(Fragmentos do diário)

Tensionamos nosso exercício de escrita com essa memória para falar de um certo modo romantizado em que a loucura muitas vezes aparece. Uma loucura que é muito “bem-vinda”, mas enquanto estiver ligada a atividades artísticas. Uma loucura “fetichizada” comumente ganha espaço “são artistas!” dizia o transeunte. E é nesse ponto em que o “título de eleitor”, como um exercício de cidadania, acaba por emergir, no caso de Francisco, como uma problemática que envolve uma desqualificação deste. Estamos falando de práticas que dão maior ou menor visibilidade a essa pessoa dita louca. E nos parece pertinente apontar como um “louco-artista” tem certa aceitação. Ao passo que, enquanto fetichizados, ocorre uma diminuição de toda uma história política de relações de poderes, de lutas contra violências institucionais, de lutas por garantias de direitos os quais a loucura passou e continua passando.

Fazemos essa fala provocativa para mostrar certo horror contido nessa memória. Poderíamos dualizar tal cena, de um lado aquele que sofre, do outro aquele que por certa ignorância desqualifica o louco, mas compreenderemos essas duas cenas ocorridas na mesma tarde como um exercício biopolítico que promove tal fissura, tal dualidade. A um só tempo produz as duas formas que se apresentam.

Produz aquele que precisa ser desqualificado, para que assim se possa garantir certa superioridade dos ditos normais, e produz o ignorante que vibra com certas noções de loucura que lhe agrada, que lhe apetece. A loucura que tem e não tem espaço. Ou melhor, seu espaço será produzido de uma maneira em que possa existir, dentro de parâmetros cabíveis.

Trata-se da produção de uma população a partir de normas estabelecidas. É o poder de “fazer viver”, e também não é de qualquer viver, pois as regulamentações asseguram um certo modo de viver, um como viver, que vai interferir na sua longevidade, na sua qualidade de vida, nos processos de trabalho, etc. Foucault nos provoca dizendo que “faz-se tão bem as pessoas viverem que se consegue fazê-las viver no mesmo momento em que elas

deveriam, biologicamente, estar mortas há muito tempo” (FOUCAULT, 2010, p. 209).

O filósofo nos apresenta a emergência desses dois tipos de poderes que se desenvolvem a partir do momento em que comparece uma dificuldade para o soberano de exercer seu poder sobre uma sociedade em vias de crescimento. O poder disciplinar, segundo o autor, surgiu mais cedo, por sua maior facilidade em se exercer. Os detalhes da sociedade, que ora ficavam despercebidos pelo soberano, tornava-se evidente através das técnicas disciplinares que se davam no nível do indivíduo e da individualização.

A biopolítica, o poder regulamentador, veio depois. Foucault observa o quão mais difícil é o exercício desse poder que incide sobre a vida da população, não mais no nível individual, mas no geral, a nível de uma “população”, noção essa que passa a existir nesse contexto.

No poder de regulamentação da vida não se trata do treinamento dos corpos, da vigilância desses, que se davam através das instituições. Trata-se muito mais de produzir um modo de vida. É, assim, um investimento em como viver. As preocupações surgem com a qualidade da vida, com ações que tem por finalidade uma melhoria. Incentiva-se os seguros de saúde, estabelecem-se regras de higiene, pressões sobre os cuidados com a família, com as crianças, com a sexualidade (FOUCAULT, 2010). E visualizamos com Francisco, o modo como, para a loucura, produz-se uma não-necessidade de certos direitos, como o de votar, por exemplo. Não que o voto por si mesmo garanta certa participação social, mas trazemos a questão do exercício do voto, ou melhor, da não possibilidade de votar de Francisco como incidência de um exercício de poder que regulamenta os mecanismos de dizibilidade/visibilidade. Assim, ser visto ou ter voz, vai passar por essa modulação das relações de poder que se configuram em determinado tempo. O que estamos chamando atenção para esse caso são os efeitos de práticas que dia após dia vão desqualificando as pessoas consideradas loucas, regulando e muitas vezes limitando suas participações no mundo.

Esses dois tipos de poderes divergem-se em suas técnicas e funcionalidades, contudo não se excluem, estão ambos funcionando, às vezes até no mesmo espaço. Um complementando o outro.

Uma importante análise de Foucault e que nos interessa muito para dialogar com nossa atualidade é de como um investimento cada vez maior no corpo e no biológico privilegiam o conjunto de saberes da medicina e da higiene como ferramentas, por excelência, de intervenção política. Pensamos com essa análise o quanto, ainda hoje, os saberes da medicina exercem essa função regulamentadora. Dos diagnósticos à medicalização, muito se faz em detrimento de uma normalização dos indivíduos. Esses processos visam, portanto, à norma. “A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação octogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação” (FOUCAULT, 2010 p. 213).

Foucault lança o questionamento: como pode o biopoder – que se preocupa e ocupa-se com o aumento da vida através das medições e controles estatísticos acerca da natalidade, mortalidade, etc, aquele que supostamente “faz viver” – “deixar morrer”? (Questão essa que muito nos interessa para pensarmos as nossas relações com a loucura e com a *crise* nas políticas públicas na atualidade).

Pois bem, assim como aponta Caponi (2009), a biopolítica tem duas faces, a da positividade – dos direitos básicos à alimentação, à assistência, direito das mulheres, das crianças, dos trabalhadores – e a da face obscura que engloba as políticas higiênicas, psiquiátricas e eugênicas, com um suposto propósito de melhorar a população.

Dessa maneira, pelo mesmo meio em que os considerados loucos garantem seus direitos básicos e assistenciais também entram para as estatísticas, para as medições, classificações psiquiátricas incidem sobre suas vidas e adentram ao espaço de saber/poder da medicina, que como mencionado anteriormente, constituiu-se como importante tecnologia de intervenção política.

Para a pergunta que Foucault lança, ele mesmo responde: para deixar morrer, numa sociedade em que o biopoder se exerce, é preciso um racismo de Estado, que se configura através do fator biológico.

Isto significa que para “deixar morrer” é preciso uma separação entre grupos e hierarquização desses dentro de uma sociedade. Essa hierarquização vai se configurar pelo fator biológico dentro dos Estados Modernos. A partir da norma e da normalização da sociedade aquilo que representa a anormalidade será encarada como biologicamente inferior, produzindo uma desqualificação e um sentimento de que se deve aniquilar a anormalidade em nome de um bem maior que é a proliferação da espécie. “Se antes tratava-se de defender a soberania de um Estado (lógica da soberania) trata-se agora de garantir a sobrevivência de uma população (lógica biológica)” (PELBART, 2009, P. 57).

O racismo fragmenta a sociedade e permite um “deixar morrer” para garantir que a vida em geral não seja ‘corrompida’, que se desenvolva ‘sadia e purificada’. É importante destacar que não se trata da vida individual, mas do que é considerado espécie, **vida em geral**. E em nome dessa espécie é que se deve acabar com as raças consideradas inferiores e que começam a representar perigo.

É claro, por tirar a vida não entendo simplesmente o assassinio direto, mas também tudo o que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc. (FOUCAULT, 2010, p. 216).

Esse trecho nos convoca a refletir sobre a fineza deste tipo de poder. Que não se escancara, fazendo morrer ao sabor das vontades do soberano, mas que continua produzindo mortes, mesmo que indiretas. No biopoder não se trata de uma negatividade do poder como fora o poder soberano, que limitava, restringia e se apropriava, o biopoder é um poder positivo que produz formas de viver e permite então que outras formas venham morrer (Pelbart, 2009).

2.1.1 Deixar morrer

“Tem um usuário que ficou internado muitos anos no hospital, que já passou por Residência Terapêutica, porque tem uma vulnerabilidade social muito grande, uma falta de apoio familiar e não conseguiu ficar nas RT's. Porque além do transtorno tinha um envolvimento com droga. Chegou a ir traficante nas Residências Terapêuticas. Tentaram e conseguiram que ele retornasse para a família, mas não de uma forma acolhida por essa família. Na época que eu vim para o CAPS também havia até uma... como dizer né... uma resistência da equipe do CAPS daquela época em estar acolhendo ele também. Foi todo um trabalho de convencimento, de dizer que o CAPS está aqui é para isso mesmo, para atender esses casos complexos, mais difíceis, porque é um caso trabalhoso, que demanda muitas intervenções”.

(Participante Maria)

Maria nos convoca a pensar. Para quem servem os serviços de saúde mental? Ficamos com essa indagação que nos ajuda a compreender a dimensão de uma biopolítica que age silenciosamente. Entrecortando as relações esse exercício de poder age de maneira a separar e hierarquizar os modos de viver, certa força que modula a vida. Falávamos na sessão anterior sobre um efeito desse modo de poder que é o “deixar morrer” e vemos com o relato de Maria a roupagem que ele assume nesse caso. O usuário do CAPS que não tinha lugar, não tinha casa, nem família, nem serviço que pudesse o acolher é segmentado em sua existência. É louco, mas é também, usuário de drogas. Esse que ousa transgredir não pode ter espaço. E nos dizia Maria:

“Porque hoje a gente também tem essa dificuldade: tem transtorno com uso de drogas? Nenhum serviço atende. Essa fragmentação: ou é transtorno ou é CAPSad. E quando tem os dois? Então as vezes tem uma grande parte da população que fica à margem, sem o atendimento por conta dessa divisão”.

(Participante Maria)

A fabricação de uma vida que pode ser vivida e a regulamentação de modos de vida indesejados. Eis a grande questão da biopolítica, que forja, molda, fabrica e permite certos modos de vida operando assim uma regulamentação. Observamos, contudo, que as relações de poder que se efetuam no acolhimento aos usuários dos serviços do SUS produzem segmentações, hierarquizações, proporcionando maior ou menor entrada desses usuários nos serviços.

Tal análise é importante para esse estudo na medida em que a loucura fora objeto, por excelência, da incidência (e produção) desses exercícios biopolíticos. Se dizíamos que a loucura nem sempre estivera no cerne do saber médico psiquiátrico, cerceada por cientificismos como se vê atualmente, é justamente porque essa inserção se deu a partir do momento em que foi possível pensar nessa população como uma população disciplinada. E dessa maneira a inserção do campo da loucura no campo do saber biomédico não foi senão por uma construção desse lugar de um louco como “doente” e “anormal”. E se vê a partir de Foucault (2005) como se formam as bases para que esse processo tenha ocorrido.

“a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (FOUCAULT, 2005, p. 302).

Através da positividade engendrada pelo exercício biopolítico é possível produzir um novo lugar para a loucura. De maneira geral, as doenças e outros fenômenos tidos como naturais passam a adentrar a lógica da biopolítica, sendo produtos, efeitos dessa nova maneira de organização e gestão do Estado.

Nesse regime de produção de formas de viver, onde algumas formas são aceitáveis e outras subjugadas, já pensando a partir do racismo de Estado, emerge a necessidade de se garantir que esse regime funcione. A partir da separação e subjugação de determinadas formas de vida é que se garante a superioridade de determinadas formas e para nutrir essa lógica é preciso que exista sempre um perigo que delimite, que recorte e que faça realçar aquilo que pode e aquilo que não pode. Não se trata também nessa separação de uma simples exclusão. Nas novas relações de poder aparece uma hierarquização que

proporcionará uma regulação/gestão daquilo que é indesejado, não por exclusão, mas justamente por inclusão. São relações de regulamentação.

A dimensão do perigo e do risco é instaurada e, a partir disso, é garantida a separação, a estratificação, o racismo, que tem como efeito a busca pelo que possa vir a solucionar aquilo que representa risco à espécie (Foucault, 2005).

Dessa maneira, acreditamos ser importante dar visibilidade ao lugar que a loucura, a *crise* e as tantas outras formas que transgridem as relações de poder ocupam nos dias de hoje, a partir dessa história das relações de poder, perante as dinâmicas biopolíticas. Precisamos sempre olhar com olhos aguçados para o que ocorre na atualidade, pois em tempos de biopolítica, os efeitos que permitem uns e outros morrerem, retirando as possibilidades de existência, ocorrem embaixo de nossos narizes, com muita sutileza, de maneira muito fluida. Devemos sempre nos questionar: que relações de poder estão se formulando e se concretizando nos dias atuais? Sabemos que se a loucura não constituísse, ainda hoje, um lugar de violência não seria mais necessário remontar os processos históricos pelos quais observamos a loucura sempre enclausurada, tal como uma coisa já desgastada. Não necessitaríamos gritar em alto e bom tom que é preciso mudança, que é preciso o engendramento de outras práticas de cuidado e de acolhimento, sobretudo considerando o que isso implica.

Muitos avanços foram conquistados ao longo desses anos de Reformas Psiquiátricas, de lutas antimanicomiais e atualmente temos uma paisagem muito diferente no que se refere à loucura, porém as capturas e aprisionamentos ainda se fazem presentes (Alverga e Dimenstein, 2006). E é com vistas à necessidade de se continuar um trabalho de problematização dessa loucura, isto é, da produção dessa loucura como diferença que se pode excluir e “deixar morrer” que é preciso mapear as tecnologias de poder que efetuam, produzindo, ainda hoje, essas pessoas como doentes.

2.2 Sobre o risco e o perigo

“É muito difícil lidar com a crise, agressiva principalmente, porque a gente fica sem reação. Porque... você vai se proteger mas na hora você fica assim: “como lida”?”

(Participante Camila)

A pergunta de Camila é também a nossa pergunta. No entanto, precisamos nos deter um pouco ao que se passa, puxar esse fio do novelo, nos demorarmos com ele, pois fala de uma complexa relação da qual vemos apenas um efeito. A essa altura do texto o leitor já compreendeu que nosso trabalho tem se exercido não acerca da *crise* propriamente, mas do que podemos puxar de fios desse assunto. E nesta seção nos interessa puxar mais uma dessas linhas que tem enredado, que tem sido parte da trama de nosso tema.

A periculosidade aparece em nosso trabalho de maneira curiosa. Ainda em fase de projeto de qualificação aparecia de maneira tímida, aparecia de forma quase imperceptível, talvez um pouco naturalizada para nós que não a víamos, ainda que estivesse presente. Posteriormente nos encontramos com essa questão por dois distintos momentos, o momento da qualificação, em que a banca nos aponta a periculosidade como algo muito caro às discussões que cerceiam a Reforma Psiquiátrica e, logo mais, nos deparamos com a periculosidade em nosso próprio campo de pesquisa, em nossas entrevistas.

A forma como nos encontramos com a periculosidade nos é importante porque evidencia ainda mais como essa questão tem sido tomada em naturalizações. O que isso quer dizer? A emergência de um analisador – maneira como estamos tomando a periculosidade – nos atravessa. A partir do momento em que passamos a olhar para essa questão começamos a nos indagar sobre nosso percurso e a partir disso muitas lembranças começam a vir à tona, nos ativando à reflexão. Lembranças que, como na cena que abre essa dissertação, do primeiro dia em que fomos a campo de estágio, primeira visita a um hospital psiquiátrico, ficaram registradas.

Éramos advertidos de todas as formas: precisaríamos usar jaleco, cabelo preso, sapato fechado, tomar todas as vacinas e apresentar o cartão de vacinação como comprovante, utilizar crachá que nos identificava como alunos. Recomendações que visavam nossa proteção, era o que comparecia implicitamente nas advertências. “Não fique sozinha! Esteja sempre com a dupla! Se não estiver confiante não entre na enfermaria! ”. Tantas precauções, tantas advertências e ainda sequer tínhamos tido contato com o campo.

Advertências essas que desde já constituíam certo entendimento, norteavam aquela experiência. Constituindo e revestindo de signos e significações nosso campo de estágio, nosso encontro com a loucura.

Porque trazemos à tona essa experiência? Para dizer como se produz e como se mantém um sentido de periculosidade para a loucura, para a crise do louco. Não sabíamos com o que nos depararíamos, mas certamente devíamos estar atentos. Não tínhamos contato com hospital psiquiátrico, mas já carregávamos certa ideia e com ela passamos a nos relacionar. Nossos olhos, nossos ouvidos estavam “preparados”, não para acessar aquela experiência do encontro com um hospital psiquiátrico, mas para o que de perigo pudesse nele se apresentar.

Dessa maneira, o perigo sempre estivera intrincado em nossa experiência, de certa maneira fazendo parte de nossa própria história. E a partir do encontro com outras perspectivas, é que pudemos colocar a periculosidade em questão e puxá-la como um fio desse grande novelo emaranhado que constitui a *crise*.

Garcia e Costa (2014) relatam uma experiência vivida em um CAPS I onde diante de uma situação colocada como *crise* os profissionais do serviço, temerosos, demandaram uso de força policial, almejando inclusive a presença constante de um guarda municipal dentro da unidade para que se prevenissem novas *crises*. As autoras problematizam o fato de que a *crise*, tomada em seu aspecto negativo, suscita nas pessoas o desejo por forças de normalização, desejo de manter o controle diante daquilo que possa vir a ser, ou seja, de algo desconhecido. Não se estaria, dessa maneira, produzindo um sentido de periculosidade para a *crise*? Não seriam também esses os efeitos da biopolítica? De certos exercícios de poder?

A problematização dessas autoras remete à dificuldade de lidar com a então *crise* que provoca nos profissionais do referido CAPS a impotência perante aquilo que já não tem ‘solução’, certo fracasso instaura-se ao não conseguir manter suposta ordem e estabilidade, dirigindo-se à figura policial a fim de conseguir ilusoriamente restaurar tais estados.

O ‘o que fazer’ torna-se um problema na medida em que pode se concretizar em práticas duras, manicomiais por excelência, não permitindo que o encontro com esse sujeito em *crise* seja tomado em sua potência, ou seja, que a própria *crise* não seja disparadora de novas práticas, novos olhares, novos planos. Atribuímos o diagnóstico e a partir desse momento lidamos com o diagnóstico e não mais com a “pessoa”. Essa “pessoa” passa a ser encarada como puro sintoma: crise. E a própria *crise* é diminuída em sua potência criativa, inventiva.

Tal como Garcia e Costa (2014) relataram, em nossas entrevistas também surgiram experiências relatadas vividas com usuários em que se viram os profissionais em posicionamento favorável ao uso de forças policiais.

Teve uma época que a gente tinha um vigilante aqui dentro do CAPS, nós mesmos colocamos em reunião de equipe que a gente não achava legal uma pessoa aqui, uniformizada, alguns tinham porte de arma, outros não... Alguns profissionais falavam: “inibe!”. E inibe mesmo! E em alguns momentos eu até achei assim, que seria interessante ter alguém para inibir algumas situações. Mas não é legal ter uma pessoa com uma postura assim de vigilância, sabe?! E a gente pediu que esse profissional fosse retirado. Em alguns momentos alguns profissionais retomam isso, assim, “ah, se tivesse alguém aqui...”

(Participante Camila)

A participante Luana, que trabalha em local diferente de Camila, também nos traz a mesma questão, de certa aliança com a polícia, mesmo que de maneira imposta já que o serviço do SAMU, como já é conhecido por todos no estado do Espírito Santo, não atende recorrências envolvendo Saúde Mental sem o acompanhamento da Polícia Militar. E Luana nos diz como ficam usuários e profissionais após essa intervenção:

“não é sempre que acontece mas nessa vez, por ser uma crise de agressividade onde ele machucou outras pessoas aqui no serviço, a gente teve que acionar o SAMU e o SAMU só vem com a polícia. Entende, isso aqui dentro é muito complicado, porque uma pessoa que estava aqui dentro todos os dias participando de tudo e daqui a pouco ela precisa ser amarrada. Vem um cara com uma arma de todo tamanho do lado, porque a polícia ainda não entende que não tem necessidade. E aí fica um climão muito chato. Que ficam resquícios depois desse acontecimento em todo mundo. Na equipe, por ter passado por isso. Nos outros pacientes, a questão do medo mesmo de “será que ele vai voltar? E se ele voltar e fizer de novo?”

(Participante Luana)

No ES, ainda estamos a passos lentos no que diz respeito ao atendimento emergencial à demanda de Saúde Mental, que se torna quase sempre em caso policial e, para completar, pauta de programas televisivos locais que disso fazem chacota. O que deveria ser um caso de saúde pública, transforma-se em caso policial. União complexa que permeia os discursos locais.

Mesmo quando uma situação emergencial ocorre em um serviço público, como nos CAPS, o encaminhamento mais utilizado para tal situação é recorrer à polícia e em seguida ao SAMU. Estes por sua vez encaminham o usuário à unidade de Urgência e Emergência psiquiátrica do HEAC (antigo Hospital Adauto Botelho).

O grande impasse que comparece nos dias atuais, quando falamos do cuidado a partir da lógica antimanicomial, é ligado a um fator que aparece sempre como natural, falamos da periculosidade. Durante nosso percurso de mestrado, ao longo dos dois anos, ouvimos com frequência acerca de nosso tema: “muito bonita sua temática da crise, mas... e aí? O que fazer quando o sujeito está agredindo outras pessoas ou se agredindo?”. Perguntas essas que nos foram feitas neste caminhar e sempre disparavam essa dimensão do “é arriscado, é perigoso”, abriam sempre um questionamento duvidoso, descrente, já que o perigo esteve sempre colocado de antemão, natural.

E não estamos aqui nesse texto diminuindo a importância de se olhar cuidadosamente para as questões que colocam os indivíduos em determinados

riscos, situações de violência, agressão, morte, não caminharemos no sentido de banalizar o que fere a vida. No entanto, não nos eximiremos de questionar a construção do louco como um ser ‘intrinsecamente’ perigoso. Sabemos que é uma discussão muito tênue, já que fala deste ponto tão delicado que é a vida humana. Poderíamos dizer assunto polêmico (toda polêmica é um esvaziamento de história), mas já nos rastros de Foucault afirmaremos: assunto político!

Que relações de poder fazem com que o louco seja hoje encarado como perigoso? Como se constitui essa caracterização? O que levam os serviços de Saúde que lidam com a loucura aderirem a uma parceria com a polícia em suas rotinas?

Essas questões nos provocam na medida em que, junto com os participantes dessa pesquisa, vemos o quanto a *crise* do sujeito louco adentra ao campo do perigo. Com os participantes pudemos notar a presença constante de certa diferenciação: crise agressiva e outros tipos de crise. E inegavelmente aquilo que desestrutura os serviços, aquilo que provoca a equipe, aquilo que irá corromper ‘as saudáveis relações’ é a “crise agressiva”. Em determinado momento, nos questionamos inclusive se ao falar de crise, já não partimos diretamente dessa construção.

Vimos então pensando no quanto o perigo vem se consolidando e ficando cada vez mais enraizado nas relações profissional x usuário, sociedade x louco. Resta-nos buscar aqui, um caminho avesso e buscar o caminho em que essa naturalização se dá. Caminho esse já elucidado por Foucault em *Os Anormais* (2014), onde o autor aponta como loucura e direito penal passam a caminhar juntos.

E se Foucault adentra nessa discussão para nos mostrar que ao longo do século XIX um novo marco aponta o homem como objeto de saber, é a partir deste marco que despontam novas disciplinas para controlá-lo. Nessa esteira a psiquiatria luta por poderes jurídicos e o direito desenvolve-se no intuito de não atuar apenas com o cumprimento de punições, mas de compreender o que leva o sujeito a determinado crime e passa a levar isso em consideração na aplicação das leis e das punições.

O desenvolvimento de um louco criminoso é concomitante ao desenvolvimento de uma psiquiatria penal. A intervenção da psiquiatria no campo judiciário penal se deu no início do século XIX e Foucault (2006) observa as bases para que isso tenha ocorrido. Ao longo do século XVIII vários crimes passam a chamar atenção por sua exuberância, por seu caráter ininteligível. Foucault abre sua discussão do texto *A evolução da noção de “indivíduo perigoso” na psiquiatria legal do século XIX* com uma cena que nos apresenta essa ininteligibilidade do crime. O réu ao ser questionado sobre seu crime permanece em silêncio. Ninguém é capaz de tirar deste réu o menor conhecimento sobre seu próprio crime. Foucault aponta que se pede ao réu, além do reconhecimento de seu crime, um exame de consciência. Mesmo assim, esse permanece em silêncio.

Crimes de alta gravidade, de muita violência, assassinatos, canibalismos, casos raros, é que se tornaram o alvo dessa psiquiatria que se funda a partir do que vão considerar ‘ininteligível’. Ou melhor, a psiquiatria passa a buscar por aspectos que possam levar a um conhecimento sobre o crime, uma origem, uma causa, e na ausência dessa inteligibilidade vão considerar o crime como de uma tal loucura que teria por único sintoma o próprio crime. Essa loucura, fruto de uma ficção da psiquiatria penal, como aponta Foucault (2006), seria a irrupção do crime a partir de um grau zero de loucura. Uma loucura sem vestígios, sem precedentes, sem sinais anteriores que pudessem justificar ou mesmo qualificá-la. Denominou-se essa loucura de monomania homicida e foi alvo de investigação da psiquiatria penal por mais de meio século.

Com isso, Foucault (2006) nos mostra que não foi através de crimes leves e cotidianos que a psiquiatria adentra o campo judiciário, mas por outro lado, através de crimes graves, raros e que eram considerados “sem razão”, sem conhecimento.

Ora, o autor nos provoca: “porque os médicos se obstinaram tanto em reivindicar como loucos sujeitos que tinham sido até então considerados, sem nenhum problema, simples criminosos?” (FOUCAULT, 2006, P.8). Do que consistiu essa cruzada em prol da patologização do crime?

Foucault observa que se tratou muito mais de garantir e justificar uma modalidade de poder por parte da medicina psiquiátrica. Modalidade esta que,

como já vimos em tópico anterior, tem como uma de suas formas de funcionamento a higiene pública. Modalidade que aparece em uma época em que se desenvolve a demografia, as medições estatísticas. Portanto, época em que a biopolítica toma o “corpo” social como uma realidade biológica e como campo de intervenção dessa medicina. Segundo o autor, o médico é o técnico desse corpo social. A partir da virada do século XVIII para o século XIX a psiquiatria consegue seu prestígio através da inscrição de uma medicina que tem por função regular o corpo social, tem por função minimizar os perigos relativos a população.

Os alienistas da época puderam discutir interminavelmente sobre a origem orgânica ou psíquica das doenças mentais, propor terapêuticas físicas ou psicológicas: através de suas divergências, todos eles tinham consciência de tratar um “perigo” social, seja porque a loucura lhes parecia ligada a condições insalubres de vida (superpopulação, promiscuidade, vida urbana, alcoolismo, libertinagem) , seja ainda porque ela era percebida como fonte de perigos (para si mesmo, para os outros, para o meio e também para a descendência, através da hereditariedade) (FOUCAULT, 2006, P. 9)

Periculosidade, portanto, que provém também da necessidade de se proteger de um mal biológico que poderia, supostamente, assolar a população. Por outro lado, o que faz com que os magistrados e o campo jurídico aceite essa noção de monomania homicida, já que, como aponta Foucault, eles eram contrários a tal noção?

Entre outras coisas, o campo jurídico nessa época torna-se responsável por eliminar o perigo social e através dessa junção com a psiquiatria é que desenvolvem novas maneiras de punição, esta que por sua vez se transforma em “técnicas de controle e de transformação dos indivíduos, “um conjunto de procedimentos orquestrados para modificar os infratores” (FOUCAULT, 2006 p.11). Ficam então responsáveis por curar **a doença** das sociedades que é o crime.

A construção da periculosidade, que circunda a loucura, passa a ser vinculada a essa a partir do momento em que se pensa em certo caráter psicológico de um crime e a partir do momento em que esse aspecto se torna um fator primordial ao se aplicar sentenças.

O exame contemporâneo substituiu a exclusão recíproca entre o discurso médico e o discurso judiciário por um jogo que poderíamos

chamar de jogo da dupla qualificação médica e judiciária. Essa prática, essa técnica da dupla qualificação organiza o que poderíamos chamar de domínio da “perversidade” uma noção curiosíssima que começa a aparecer na segunda metade do século XIX e que vai dominar todo o campo da dupla determinação e autorizar o aparecimento, no discurso dos peritos, e de peritos que são cientistas, de toda uma série de termos ou de elementos manifestamente caducos, ridículos ou pueris. (FOUCAULT, p. 28)

Segundo o autor, características moralistas e, ainda, características de cunho psicológico começam a adentrar os exames de delitos, e em consequência disso forja-se assim certas personalidades que estariam propícias a cometerem atos criminosos. Os efeitos são certos e marcam a construção discursiva de um louco perigoso, um perigo social a ser combatido.

O autor vai na direção de analisar que tecnologias de poder fazem os discursos jurídicos e médicos funcionar nesse sentido:

“O exame psiquiátrico permite dobrar o delito, tal como é qualificado pela lei, com toda uma série de comportamentos, de maneiras de ser que, bem entendido, no discurso do perito psiquiatra, são apresentadas como causa, a origem, a motivação, o ponto de partida do delito” (FOUCAULT, 2014, P. 14)

Faz emergir assim um duplo nos delitos, algo que incrementa, que se desenvolve a partir de um aspecto que seria causal, que seria o ponto de partida do crime, que explica, a partir de uma lógica psicológica e moral, como teria o sujeito se tornado criminoso.

Em que isso implica? Implica em uma mudança no fator de aplicação do castigo, de incisão da lei. Por meio justamente desta atribuição causal de um crime, seu castigo passa a ser destinado a essa causalidade e não ao crime de fato. Essa foi a primeira função do exame psiquiátrico, já a segunda função refere-se ao autor do crime, que se transforma na personagem do delinquente, por efeito também de uma dobra (FOUCAULT, 2014).

Se antes o indivíduo que cometia crimes estivesse, na ocasião do crime, em estado de demência este não respondia por seus atos. O que se vê surgir é nessa junção do judiciário com a psiquiatria é justamente o contrário. É a busca por essas qualificações que faziam do criminoso um ser perigoso como tal. Esse passa a ser o novo alvo.

Recorrendo às palavras de Barros-Bisset (2001, p. 37): “por que a ideia de que louco é perigoso parece tão natural, uma vez que se alienar, dar um ataque ou mesmo cometer um crime não é algo exclusivo da loucura?”. Detemo-nos nessa provocação para perfurarmos essa naturalização tão bem formulada que liga o louco ao perigo e que nos dias atuais vem cada vez fundamentando mais as práticas ditas de cuidado. Não é difícil observar essa naturalização, em qualquer lugar, a qualquer momento nos deparamos com essa associação. Tal naturalização não está presente somente no cotidiano daqueles que de algum modo lidam diretamente com a loucura, essa naturalização está presente na sociedade de maneira geral.

Com tudo que foi explanado ficamos com o seguinte resultado: a junção psiquiatria e justiça penal se deve em decorrência do ajustamento de duas necessidades: a da medicina enquanto responsável pela higiene pública e da punição legal como técnica de transformação individual. Ajustes esses necessários à nova organização do poder. Necessários à biopolítica (Foucault, 2006).

Com uma complexa relação de poderes, de domínios, de funções, a psiquiatria adentra o campo judiciário e o judiciário requer também, por sua vez, poderes médicos. Essa complexa aliança produz a união do crime e da loucura, não sem efeitos. E o que podemos extrair como efeito dessa junção, dessa prática de moralização e psiquiatrização do ato criminoso é a produção de um perigo. É a produção do medo. Medo esse instaurado e aclimatado no discurso social que passa a garantir a existência de instituições de controle que sejam capazes de garantir o sossego almejado (FOUCAULT, 2014).

No fundo, no exame médico-legal, a justiça e a psiquiatria são ambas adulteradas. Elas não tem a ver com seu objeto próprio, não põem em prática sua regularidade própria. Não é a delinquentes ou a inocentes que o exame médico-legal se dirige, não é a doentes opostos a não doentes. É algo que está, a meu ver, na categoria dos “anormais” (FOUCAULT, 2014, P. 36)

A discussão que envolve loucura e periculosidade abrange uma complexa rede de poderes/saberes que vão dia-após-dia construindo práticas discursivas em que há um perigo ‘intrínseco’ na loucura, um perigo natural do louco. Imagem essa que está presente no discurso de nossos participantes de maneira tão

incisiva. Se há algo que ficou muito ressaltado com as entrevistas foi a questão do perigo, de uma dimensão de risco que correm todos aqueles que lidam com a loucura.

Sabemos, com Foucault, da efetividade do discurso, da produção de realidade, da não separação entre discurso e prática. O que isso quer dizer? Isso nos mostra a capacidade de produção do real a partir das discursividades, estas próprias que por sua vez são também produzidas. “Não há prioridade de teoria ou das práticas, mas imanência de saber-poder e, simultaneamente, produção de subjetividade” (LEMOS E CARDOSO JR, 2009) São produzidas e produzem, e nessa lógica o que podemos captar é a maneira como, pouco a pouco, de um a um, se consolidam os temores ligados a loucura, podemos pouco a pouco acessar que enunciados circulam e de que maneira se formalizam, por isso dizemos de relações de saberes/poderes.

Tal como fomos constantemente interrogados acerca do “que fazer?”, pudemos acompanhar ao longo das entrevistas com os participantes da pesquisa que se havia algo que impossibilitava o acolhimento ou mesmo era motivo de encaminhamento para internação, esse motivo era o perigo a que todos estavam expostos. Perigo esse que os trabalhadores supõem sofrer. Perigo que fala de um risco, de algo que pode surpreender de maneira negativa a qualquer momento, tal como fora formulado no século XIX com a noção de monomania homicida, de que haveria um grau zero de loucura do qual ninguém poderia se proteger.

Contudo, a participante Camila, ao falar sobre as relações com os usuários da Saúde Mental, fala metaforicamente, quantificando a relação vincular. Nessa proporção entra noventa e nove por cento de vínculo, mas que reside um por cento que representaria uma cautela. Um por cento que é preservado como uma margem de proteção. Seria seu “pé atrás”.

E recentemente, uma usuária que até está aí hoje, ela tem um delírio cristalizado já com a televisão, com o Faustão e ela falou que ia quebrar as coisas. Teve um dia que eu nem estava aqui, eu estava fora, ela chegou a levantar a mesa da recepção, quebrou um pedaço da mesa, só não quebrou o computador porque a assistente social e a artista plástica interviram e aí

nesse outro dia ela foi pra quebrar, aí eu e a assistente social seguramos ela pelo braço. Eu acho que naquela hora ali eu confiei muito no vínculo. Porque é um risco. Noventa e nove por cento é vínculo, mas tem um por cento. Você não sabe como a pessoa está.

(Participante Camila)

Esse um por cento, nos é muito significativo, pois fala justamente do medo colocado na relação com a loucura. É toda uma gama discursiva ilustrada e incorporada em uma cena. É aquilo pelo qual práticas de internação ou parcerias com práticas policiais e de vigilância será possibilitado e justificado.

Importa-nos, inclusive, marcar a dimensão produtora de realidade que tal discursividade engendra. Mediando assim as relações colocando sempre o aspecto perigoso a frente. Dessa maneira, cria-se sempre uma barreira, antes mesmo que qualquer ato agressivo aconteça, ele já está fecundo na expectativa, ele já está presente.

Vimos nesse capítulo como se esboçam, portanto, os lugares que o louco e sua *crise* vem ocupando nos dias atuais, ou melhor, de que maneira vem sendo construído como modos de vida perigosos e que supostamente precisam ser controlados, modos de vida produzidos de tal maneira a serem sempre associados com um perigo. Como o exercício de poder coloca o louco pra funcionar dentro de uma modulação muito específica, ao mesmo tempo em que produz expectativas. Com os participantes dessa pesquisa pudemos acessar a instauração da periculosidade que media tais relações e como nossas práticas tem sido atravessadas por essa naturalização. Essa naturalização garante que em nossos discursos, nossas práticas, consideremos normal nos aliançar com forças policiais, por exemplo. Aceitamos e reiteramos uso de força física, de policiais armados com certa “tranquilidade” já que tais forças garantiriam nossa “segurança”. Tranquilidade essa que só pode ser exercida a partir do instante em que se dualiza a relação a partir da periculosidade, já que se “ele é perigoso” que “eu me proteja”. Armamo-nos contra uma suposta loucura perigosa. Armamo-nos já com a ideia, antes mesmo de qualquer relação se efetivar.

Avaliando essa naturalização à luz da noção de biopolítica compreendemos que exercitamos e forjamos, na relação com a loucura, a periculosidade, pois é somente através dela que em tempos de Reforma Psiquiátrica, tempos onde abrimos espaço para práticas de cuidado em liberdade, para práticas antimanicomiais, somente através da produção de uma periculosidade é que manteríamos, ainda hoje, certo “lugar” para a loucura.

Com isso chamamos atenção para os efeitos da biopolítica, que como já vimos anteriormente, exerce-se de maneira silenciosa, de maneira fluida. Não é porque se destruíram os muros asilares, derrubaram os portões que prendiam a loucura, que o poder também não tenha se fluidificado, se liberado de suas formas mais enrijecidas. O problema que nos convoca, a partir dessas relações biopolíticas, é pensar nas produções que tal poder compõe. E vimos como a periculosidade se abre para a instauração e manutenção desse louco que:

- 1 – Pode, a partir das formulações da Reforma, viver “em liberdade”;
- 2 – Mas que devemos estar atentos já que a qualquer momento podemos precisar acionar os aparatos policiais para sua captura.

Essa problemática nos faz pensar nisso que poderia se configurar como limites da Reforma, quais seriam esses? Em que pé estamos hoje com a Reforma psiquiátrica? Quando vemos, de maneira muito vívida, muito clara, como as clínicas particulares para dependentes químicos tem ganhado espaço. Quando vemos certas políticas sucateando os serviços públicos em detrimento de vagas compradas nessas mesmas clínicas. Tempos onde o DSM ganha uma nova versão com inúmeros diagnósticos adicionados, produção de mais “anormalidades”. E o mais complicado de tudo isso talvez não seja esses fatos em si mesmos, mas sim como temos visto a incorporação cada vez maior desses códigos, certa apropriação e uso dos diagnósticos por parte da grande mídia, por exemplo, que transmite a seus telespectadores numa novela que se desenrola na trama do esquizofrênico que tem como tratamento sua internação, ou mesmo o que temos visto pelas redes sociais como no *Facebook*, onde o compartilhamento de testes como “descubra sua personalidade”, “Saiba se você tem TOC”, tem se tornado cada vez mais constantes.

Depressão e ansiedade parecem se tornar parte de um *Lifestyle*, crianças tem sido diagnosticadas cada vez mais cedo com Transtorno de Déficit de Atenção. E nesse caminho desenrolam-se cada vez mais especialismos que pretendem abarcar e solucionar cada transtorno descrito no novo DSM que somados às iniciativas privadas, o acolhimento à *crise*, por exemplo, passa a ter mais espaço em clínicas particulares de internação compulsória.

Afinal, o que tudo isso tem a ver com nossa temática? Tudo isso fala desses novos arranjos, novas configurações onde crescem cada vez mais certos discursos psiquiátricos, através justamente de uma biopolítica, com sua dinâmica produtiva, e nos perguntamos como o movimento da Reforma tem se conectado com esses novos arranjos que tem se produzido de maneira ainda mais fluida, mais virtual, mais tecnológica.

Provocações essas que nos movem a construir, no capítulo que se segue, um breve retorno à história da Reforma Psiquiátrica brasileira, a fim de nos colocar a par de suas lutas políticas e históricas e compreendermos como nossa história de Reforma nos trazem ao panorama em que estamos hoje.

CAPÍTULO 3 - REFORMA PSIQUIÁTRICA OU “QUEM SOMOS NÓS?”

Entendemos que para produzirmos enfrentamentos e avançarmos hoje na temática da Saúde Mental, precisamos olhar para um passado, que não é distante e nem desconectado das questões atuais, é necessário percorrer esse caminho para ganharmos consistência nas proposições que fazemos, nas decisões que tomamos e para deixarmos sempre à luz que a história da Saúde Mental é uma história marcada por jogos de forças e embates políticos às vezes muito sutis, muito discretos, mas que em geral figuram-se de maneira muito violenta, permearam e ainda permeiam esse meio. Dessa forma, retomemos um pouco da Reforma Psiquiátrica para tentar entender como esse “nós” que lida com a loucura se constitui. Nos importa retomar o movimento da Reforma para ajudar a pensar como configura-se nos dias atuais o acolhimento à *crise* nos serviços de saúde públicos.

No Brasil, durante algumas décadas (1960, 1970 e 1980) os hospícios eram em sua maioria filantrópicos e financiados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). É importante nos atentarmos ao que Lobosque (2001) nos lembra que, além dos entraves que muitos outros países enfrentaram na efetivação da Reforma Psiquiátrica, como a resistência dos profissionais “psis” (psicólogos, psiquiatras, psicanalistas), as imagens enraizadas da loucura, entre outros, o Brasil apresentou um entrave particular, que eram as verdadeiras indústrias da loucura: grandes instituições privadas que lucravam com as internações.

Havia em todas as grandes capitais, hospitais estaduais e federais onde os milhares de pacientes eram internados, chegando a ter oitenta mil leitos psiquiátricos no ano de 1989. Os hospitais configuravam-se em péssimas condições, com pouquíssimos funcionários e constante violação dos Direitos Humanos. (Lancetti e Amarante, 2013)

O processo de transformação desse panorama começa a se esboçar com a promulgação da constituição de 1988 e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) que passa a garantir a saúde como um direito de todos e a obrigação do Estado em fornecê-la. Dessa maneira, com a implementação de um sistema de saúde os hospitais psiquiátricos foram regulamentados

desmontando assim o esquema lucrativo desses hospitais. (Lancetti e Amarante, 2013).

Ocorreram muitas tentativas de transformação do modelo *hospitalocêntrico*, em diversas partes do país, mas faz-se importante trazer a experiência de Santos/SP, como um momento de extrema relevância para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, onde trabalhadores da Saúde Mental e também representantes políticos fecharam a Casa de Saúde Anchieta. Essa entrada no hospital, que mantinha quinhentos pacientes internados, se deu com o objetivo de prepará-los para a saída de lá. Em 1989 iniciaram a intervenção no local e em 1994 o hospital estava fechado. (Lancetti e Amarante, 2013).

Os pacientes foram, durante esse tempo de intervenção, preparados de acordo com sua localidade, para que após a saída fundassem os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que seriam, portanto, os locais onde esses pacientes seriam acompanhados e receberiam tratamentos diversos. Os NAPS já nascem no território propondo a inserção desses sujeitos nas comunidades e afirmando o potencial do território como produtor de saúde. É no território, nas comunidades que esses sujeitos podem exercer sua cidadania, podem produzir relações sociais, produzir vida. (Lancetti e Amarante, 2013).

3.1 Contribuições da Análise Institucional

Com o advento da Reforma Psiquiátrica muitas condutas e teorias relacionadas à loucura foram colocadas em análise e conseqüentemente ultrapassadas. Essa Reforma consistiu, e ainda consiste, em colocar em xeque e repensar as práticas e as teorias por trás das ações então instituídas, esse processo denominado Desinstitucionalização da loucura permitiu que velhas práticas manicomiais dessem lugar ao cuidado em liberdade.

Desinstitucionalização remete, portanto, às instituições, conceito esse trabalhado por um importante teórico da Análise Institucional, René Lourau. O autor apresenta o termo instituição enquanto uma potente ferramenta

metodológica capaz de instaurar verdadeiras intervenções ao subverter lógicas tidas como naturais.

No Brasil, a Análise Institucional se presentificou com mais força a partir da década de 1970, época em que o país passava pela denominada redemocratização (Cunha et al, 2006), processo pelo qual emergiu a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A Análise Institucional teve papel central no desenrolar desta Reforma que pretendeu, entre outras coisas, a Desinstitucionalização da Loucura, que vai muito além da simples derrubada dos muros manicomiais, ela propôs uma ruptura mais profunda ao colocar em análise a própria afirmação da doença mental.

Para a Análise Institucional, instituição não equivale a estabelecimento ou lugar físico. Instituição, nesse caso, refere-se aos valores e conceitos enraizados e naturalizados em uma cultura. “Instituição aparece como algo imediatamente problemático, como algo não localizável: forma que produz e reproduz as relações sociais ou forma geral das relações sociais, que se instrumenta em estabelecimentos e/ou dispositivos” (RODRIGUES E SOUZA, 1991, p. 33).

Colocar a instituição doença mental em análise é poder refletir sobre a dimensão política dessa afirmação. É também analisar os jogos de forças que atuam para a manutenção dessa instituição e a finalidade a qual ela serve.

Alverga e Dimenstein (2006) refletem que apesar dos muros manicomiais terem sido derrubados, outras barreiras foram postas para a segregação dos considerados loucos. As novas barreiras são mais flexíveis, a céu aberto, quase imperceptíveis. Essa nova forma de manter o controle é invisível, portanto, mais difícil de ser derrubada.

Se estas barreiras, como alegam Alverga e Dimenstein (2006), estão cada vez mais invisíveis, mais sutis, o que nos remonta a possíveis instituições, ou seja, naturalização de valores e ações que circundam esse meio acredita-se ser por essa via que se possa intervir, provocando abertura neste campo problemático a possíveis mudanças, a um novo que possa vir.

O movimento da Desinstitucionalização compreende não apenas o movimento da Reforma Psiquiátrica, mas, sobretudo, uma movimentação política no sentido

de revirar e colocar em xeque modos de lidar com a vida, com a ciência, enfim, revirar as ordens hegemônicas de poder estabelecidas que atuam de forma a sempre exercer mais controle sobre a vida. O processo de Desinstitucionalização consiste, portanto, em um exercício constante de análise sobre os saberes/poderes que circundam e, muitas vezes, encarceram a própria existência.

A partir da Reforma Psiquiátrica, momento em que se concretiza a urgência de repensar os modelos de assistência aos sujeitos comumente considerados loucos, é que começa a existir uma nova problemática: o cuidar em liberdade. Um novo caminhar que também exigem novos pensamentos, novas práticas e, conseqüentemente, novos desafios também aparecem.

Um dos grandes desafios para a Reforma e que tem sido atualmente discutido é o atendimento à então *crise psíquica* do sujeito louco nos dispositivos substitutivos aos manicômios (LOBOSQUE, 2011). E o cuidar em liberdade é exatamente o cerne de toda a questão, pois se antes as situações das chamadas *crises*, eram absorvidas pelos hospitais psiquiátricos, ou seja, aplacados e silenciados pelos manicômios, a partir da Reforma não somente os profissionais, mas também a comunidade científica tem de se desdobrar para fazer funcionar esses novos princípios.

Para conseguir manter os propósitos da Reforma Psiquiátrica foram pensados dispositivos que pudessem criar uma rede de atenção e cuidados onde esse sujeito “louco” fosse atendido em suas demandas, mas que, sobretudo, proporcionasse a produção e promoção de saúde. Ou seja, seria então necessário que esse sujeito fosse acolhido em sua dimensão integral, biopsicossocial. Para tanto, a construção de uma rede, isto é, de uma atenção complexa, se fizesse com ele, a partir dele, para ele e não a despeito dele.

Surgem assim serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos CAPS III, que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2013).

Em uma de nossas entrevistas surge a temática da transição dos modelos de atenção e a mudança no qual os profissionais se viram realizando. O entrevistado João relatou sua experiência que compreende o processo de desinstitucionalização de um dos maiores, se não o maior hospital psiquiátrico do Espírito Santo, Hospital Colônia Adauto Botelho, inaugurado no ano de 1954. João trabalhou a maior parte de sua vida profissional neste hospital, acompanhando inclusive o processo que culminou na saída dos pacientes de longa internação para as residências terapêuticas. Após esse período dirigiu-se para o trabalho em um CAPS.

“Tive oportunidade de viver momentos diferentes, tanto numa logica asilar quanto no modelo psicossocial, então eu saio como enfermeiro na época de Adauto Botelho, vou para um CAPS. Então eu tenho um rompimento aí... eu brinco hoje com o pessoal de cachoeiro porque foi onde eu aprendi a atuar em serviço de portas abertas. Aprendi muito porque o modelo psicossocial é diferente, é muito diferente. E com isso também muda tudo, muda sua abordagem diante da crise, muda sua relação com o ser humano. Então uma coisa é um ambiente pesado, denso de um hospital, paredes todas gradeadas, portas trancadas, outra coisa é um CAPS, que você está em contato com a natureza, que você tem área verde, que você tem salas abertas, com o seu usuário transitando e não tem um controle de espaço e de tempo”

(Participante João)

João observa o quanto foi difícil a princípio, após trabalhar tantos anos em uma lógica asilar e mudar seu olhar diante dos novos serviços e da nova lógica que se apresentava.

“Quando eu fui pro CAPS, começa a mudar o olhar, porque aí no CAPS inverte, no CAPS você tem uma quantidade multiprofissional maior, outros profissionais, então você divide um pouco esse olhar. E aí as relações começam a mudar. Para mim foi difícil no início, porque eu estava acostumado dentro daquela linha até mesmo pela formação biomédica que a gente tem... isso também influencia muito: a formação na hora de uma abordagem. Hoje tranquilo isso, eu aprendi com o tempo que eu fiquei no CAPS que as coisas podem se dar de uma outra forma”

(Participante João)

No Brasil, várias modalidades de serviços substitutivos aos manicômios foram instituídos pelas portarias ministeriais 189/91 e 224/92, a saber: os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), esses últimos foram reestruturados e foram também ampliados em várias modalidades de CAPS pelas portarias 336/2 e 189/2 (Amarante, 2007), sendo o CAPS III a modalidade de serviço específica para o atendimento à chamada *crise*. Sendo assim, esses serviços envolvem o sujeito em sua totalidade e em sua singularidade. Aqui não se irá delongar muito sobre todos os serviços pois cada um desses constituem-se muito complexos e necessitaria outros estudos para abarcá-los.

No entanto, compreendemos que propor “substitutos” aos hospitais asilares não é romper por si só a lógica na qual se tem em manicômios, lógica asilar, práticas tutelares e de submissão, práticas de violência... Assim, nos atentamos para o fato de que é possível existir CAPS ou outros dispositivos preconizados pelo movimento da Reforma, mas que atuem com uma lógica manicomial. Contudo, é da lógica que estamos falando, essa que precisa ser colocada em xeque. A lógica precisa ser substituída. As práticas precisam ter outros referenciais. Nada disso está garantido, por isso trabalhamos por um movimento de Reforma, por isso existem lutas.

3.2 Acolhimento da *crise* nos serviços de saúde públicos

O acolhimento é uma diretriz que, afirmada pelo SUS, garante que os acessos aos serviços públicos serão efetivados de forma integral, de forma qualificada, que possa oferecer uma escuta diferenciada e acolher processos singulares. É uma aposta ético-estético-política do nosso sistema de saúde que visa promover a saúde a partir do encontro e do ‘afetar e ser afetado’ que esse encontro com o outro proporciona (BRASIL, 2010).

Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar

perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS: ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010, p. 6).

Portanto, o acolhimento fala de uma atitude, de um posicionamento frente aos usuários do SUS. Fala de uma construção conjunta de práticas e saberes, fala de uma abertura dos processos mais protocolares do trabalho para uma dimensão menos mecânica e mais humanizada. O acolhimento nessa perspectiva não é encarado como a recepção administrativa de usuários nos serviços, muito menos da assunção de certa atitude benevolente e caridosa que possam alguns profissionais assumirem de maneira individual. Acolhimento pressupõe um trabalho sempre coletivo, sempre articulado com os equipamentos públicos, com os serviços, com os usuários, com a sociedade (Brasil, 2010).

A cartilha do Ministério da Saúde nos apresenta de maneira clara e elaborada como o acolhimento torna-se uma de nossas principais diretrizes no trabalho em saúde pública. Mostra-nos a importância de efetivarmos o acolhimento como prática coletiva de abrir-se a um ‘fazer com’ o outro, acolhendo, sobretudo, suas diferenças. E tomamos nesse ponto do texto o acolhimento como uma problemática que, assim como outros aspectos que tomamos anteriormente no texto, falam de um contexto pelo qual se insere e atravessa a problemática da *crise*.

Em que medida o acolhimento se torna um problema ao se encontrar com a *crise*? É na medida em que no nosso encontro com os participantes dessa pesquisa pudemos notar o quanto o acolhimento à *crise* se apresenta rodeado de sabores, de desconfiças, de desencontros.

A participante Luana em seu relato faz surgir situações que ocorrem segundo ela com alguma frequência no cotidiano de acolhimento à *crise* e que se torna um dos grandes obstáculos que é a dispersão da equipe. Frente às adversidades a equipe se dissipa não produzindo um cuidado de modo coletivo:

“Tinha assim alguma situação de agressividade cada um entrava e fechava a sala com medo, aí em reuniões de equipe a gente colocava “mas olha só, se cada um se trancar vai lidar como? Agora eu também não vou sozinha lá tentar, eu preciso que alguém venha junto comigo, para tentar me ajudar, não no intuito de intimidar, porque as pessoas falam assim “ah! Duas pessoas intimida” não é isso mas assim, eu tenho medo também, então assim, a integração da equipe, a equipe estar alinhada faz muita diferença”

(Participante Luana)

No dia-a-dia dos serviços que realizam acolhimento à demanda de saúde mental uma questão fica sempre em voga: o perigo. Nas falas dos participantes captamos o temor muito nitidamente. A crise provoca nas equipes um desespero, “não sabemos do que esse sujeito é capaz”. E não sabemos mesmo do que esse sujeito é capaz. Porém, nos dois sentidos. Naquele que seria relativo a um aumento da potência, que fala de uma potência ainda não explorada, e em um segundo sentido que se torna degradante, que fala de uma capacidade para executar ações nocivas. Esse segundo sentido ganha maior prevalência, está já embutido nas relações com a loucura. Afinal, não sabemos do que nenhuma pessoa é capaz, mas na relação com a loucura o sentido do perigo se faz de maneira verdadeiramente exuberante.

E pudemos a partir de nossa experiência em campo e a partir das entrevistas observar como a crise está sempre atrelada a um perigo e que é resultado de processos sintomáticos do próprio indivíduo. A crise passa então a denotar isso: crise que é única e exclusivamente do louco. E pelo menos na maior parte do tempo das conversas é o sentido de periculosidade, agressividade, que prevalece. Ora ou outra comparando também uma insatisfação, como relata Camila:

“A prioridade da equipe é com o usuário que está gritando, que está agitado, que está quebrando. Então, como a gente tem uma equipe pequena, acaba que a crise silenciosa, o sofrimento silencioso, ele não tem tanta atenção como tem aquele que expõe esse sofrimento, entende?”

(Participante Camila)

A insatisfação de estar sempre ‘apagando fogo’, de estar sempre correndo contra o relógio, em um ciclo que se retroalimenta. Em uma sessão anterior desta dissertação falávamos justamente de um ‘fazer caber’ que coloca tanto profissionais quanto usuários em uma situação sem saída. Situação essa que é de um processo de trabalho que parece não ser nunca suficiente.

Tal dificuldade em sair das impossibilidades que emergem no cenário do trabalho fala de uma fragmentação na rede de Atenção à Saúde Mental, fragmentação essa que pudemos acessar desde nossos primeiros contatos com o campo, quando realizamos nosso estágio supervisionado, ainda no período de graduação e que pudemos reconfirmar quando tivemos acesso à Unidade Básica de Saúde. Fragmentação de um processo de trabalho tal que passa esse a se pautar não na rede, mas nos trabalhos individualizados dos trabalhadores, e que corrobora cada vez mais para o enfraquecimento de todos os lados. O lado do trabalhador que se vê com cargas extras de trabalho e assim movimenta pouca coisa, do serviço que não consegue atender todas as demandas e da rede que se esvazia cada vez mais.

A participante Maria nos convida a pensar nessa fragmentação da rede através do sucateamento dos equipamentos públicos que, nos dias atuais diante do nosso panorama econômico-político, vemos cada vez mais a tendência ao esvaziamento das máquinas públicas e a prioridade que vem se tornando cada vez mais crescente concernente à privatização, ao domínio do capital das forças de trabalho e vem produzindo “efeitos devastadores no que se refere à precarização das relações de trabalho, emprego, e à crescente privatização dos sistemas de seguridade social, alijando grande parte da população da garantia das condições de existência” (BRASIL, 2010, p. 7).

“Hoje a gente tem uma dificuldade muito grande com a rede, com a rede de Cariacica principalmente, porque a nível de Saúde Mental não está estruturada. Então assim, a demanda para o CAPS, até em casos que poderiam ser tratados em ambulatório, com menos complexidade, não tem acesso, porque não tem psiquiatra na rede, porque não tem equipes psicossociais para dar conta... algumas unidades têm, mas muita defasagem ainda, não tem um PSF (Programa de Saúde da Família) que funcione. Então assim, acaba o CAPS intervindo e tendo que até inserir algumas situações que poderiam ser tratadas em ambulatórios se tivessem com melhor

estrutura. Dando até para a gente mesmo o objetivo que é do CAPS, que é atender quadros graves, persistentes, o transtorno”

(Participante Maria)

A participante Alice complementa nossa discussão com um ponto que é crucial: o sucateamento do público não se dá sem intenções. Se falávamos em um tópico anterior que um dos grandes entraves que a Reforma Psiquiátrica precisou enfrentar foram os grandes estabelecimentos psiquiátricos que lucravam com as internações ou mesmo forças políticas que incidem sobre tais serviços, ainda não estamos totalmente livres desses entraves que constituem parte de nossa história de Reforma. Compreender os embates políticos que a Reforma trava nos é caro para compreendermos como ainda hoje lutamos contra esses mesmos entraves. O sucateamento do SUS torna-se efeito de forças privatizantes que agem e produzem precarização, tal como vemos nos dias atuais a abertura cada vez maior para a privatização. E vemos como nos dias atuais crescem os números de clínicas particulares e comunidades terapêuticas que, inclusive, possuem leitos pagos pelo governo.

A entrevistada Alice nos aponta como a partir da precarização e sucateamento dos serviços públicos a lógica asilar cresce e aparece como única solução:

“É fundamental a rede, a gente falando da rede, porque assim, a contra-reforma ela nunca deixou de existir, ela está mais forte do que nunca com os rumos da nossa política, então assim, como existe a desassistência, vazio assistencial, porque não tem a rede, fica parecendo para família e pra sociedade que o que falta são os hospitais. Então o discurso que fica é “está vendo? não fechou os hospitais? Agora, oh...”, sendo que a rede daria conta. Se um município igual Cariacica, ele tem que ter a rede completa, ele tem que ter o CAPS III, ele tem que ter CAPS II, ele tem que ter CAPSad, tem que ter o CAPSi, ele tem que ter todos os outros equipamentos, Unidade de Acolhimento...”

(Participante Alice)

Disso temos alguns efeitos e podemos apontar pelo menos dois que aparecem de maneira clara nos relatos de experiências dos participantes: uma paralisia que vem através de um adoecimento, da recusa em acolher os usuários; e um engajamento pessoal que de maneira individualizada busca sanar o problema.

Camila nos coloca em seu relato muito claramente como comparece a paralisia dentre os profissionais:

“Aqui, particularmente, eu não sei te falar muito, mas eu posso te afirmar que o índice de pessoas que adoecem na instituição é muito grande. Inclusive vieram alguns alunos fazer um levantamento para ver a questão do absenteísmo, do álcool, que é muito forte. Eu conheço profissionais aqui que entraram em surto”

(Participante Camila)

O adoecimento dos profissionais é esse aspecto que foi muito presente nas falas pelos participantes. Questionavam eles acerca de sua própria saúde mental que vem sendo cada vez mais um ponto preocupante.

E com Alice conseguimos compreender um pouco melhor a dimensão da “pessoalização”, do engajamento que se dá por vias da individualidade do profissional a fim de sanar o problema, de sobreimplicação:

“Meu celular é disponibilizado para todos, ponho no quadro e todos tem, muitos me ligam final de semana, à noite...”

(Participante Alice)

Aparece nesse ciclo o esgotamento, a sobreimplicação, o trabalho que não é suficiente nunca já que individualizado, e precisamos colocar em análise. Pois esses ciclos se concretizam senão também por um efeito biopolítico: o enfraquecimento das redes de produção de vida, enfraquecimento de modos coletivos de estar no mundo fala da incidência desse biopoder que através da desapropriação das *redes de vida*, como nos coloca Pelbart (2009) vem nos enfraquecendo.

Os processos de “anestesia” de nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação às suas necessidades e diferenças, têm-nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento. Entretanto, esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade. Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado (BRASIL, 2010, P. 8)

A noção de rede aparece sempre com desconforto. Ao mesmo tempo em que se pressupõe um trabalho coletivo, a própria noção de coletivo parece escapar. Com Pelbart (2009) destacamos a dificuldade que enfrentamos através dos efeitos de um capitalismo em rede que atua desapropriando territórios de existência e de sentidos, que produz um desligamento das *redes de vida*. O autor nos coloca essa problemática, uma tal angústia de desligamento. Mesmo que o desligamento possa se referir a uma noção tecnológica, eis o que vivenciamos nos dias atuais em nossas vidas de modo geral. Com essa reflexão nos colocamos a pensar sobre as dificuldades que se impõem à construção e efetivação de uma rede de Atenção à Saúde Mental.

O trabalho torna-se individualizado, quem passa a dar conta deste ou daquele usuário parece ser o próprio trabalhador que sustenta seu trabalho de maneira solitária, individual. Se a questão da individualização ressaltou no horizonte das entrevistas como um aspecto importante, foi na medida em que ela fala de um obstáculo que se impõe para o trabalho em saúde mental. Como construir uma rede, que pressupõe certa coletividade, se existe certa tendência individualizante?

Não que a individualização seja um alvo desses profissionais ou que eles próprios estejam em consonância com essa tendência, muito pelo contrário, com as entrevistas pudemos nos deparar com um grande desconforto desses profissionais no que diz respeito a práticas que desembocam nessa individualização e no que tange a um trabalho em rede.

Às vezes com a denúncia de uma rede sem estruturas e equipamentos públicos mínimos como coloca Maria:

“Queria falar essa coisa da rede mesmo, porque é importante esse olhar dos gestores mesmo, porque a gente vê casos aqui... que nem CAPS tem em alguns municípios. Hoje a gente atende casos aqui que não são do nosso território. Embora a gente está tentando envolver as equipes, mas tem serviços que não tem CAPS: Vila Velha, Viana... então assim, esses casos graves, que... a gente tem exemplos de casos de Vila Velha que passaram pela internação que viviam na Urgência toda semana, que depois que iniciaram o acompanhamento não tem mais entrada (no serviço de Urgência e

Emergência psiquiátrica do HEAC). *Consegue manejar crises aqui dentro (do CAPS), claro que com os recursos da comunidade, com o apoio da família, mas sem acionar a Urgência, então assim, acho que o importante é isso né, essa coisa da rede ter um suporte de qualidade"*

(Participante Maria)

Tal reflexão é também elaborada por Alice que nos traz com a firmeza de sua experiência aquilo pelo qual nossa Reforma Psiquiátrica vem lutando há décadas:

“É fundamental a rede, a gente falando da rede, porque assim, a contra-reforma ela nunca deixou de existir, ela está mais forte do que nunca com os rumos da nossa política, então assim, como existe a desassistência, vazio assistencial, porque não tem a rede, fica parecendo pra família e pra sociedade que o que falta são os hospitais. Então o discurso que fica é “está vendo, num fechou os hospitais, agora oh”, sendo que a rede daria conta se um município igual Cariacica ele tem que ter a rede completa, ele tem que ter o CAPS III, ele tem que ter CAPS II, ele tem que ter CAPSad, tem que ter o CAPSi, ele tem que ter todos os outros equipamentos: Unidade de Acolhimento”

(Participante Alice)

Esses relatos fazem aparecer não apenas aquilo que é percebido, que é visível e sentido, que é o efeito vivido por usuários do SUS e que levam a certo pensamento de que os equipamentos públicos de saúde não funcionam. Esse efeito fala de processos onde esses serviços vem paulatinamente sendo esvaziados, continuamente desgastados, produzindo assim uma sensação da necessidade de hospitais psiquiátricos, lógica essa que se exerce há muito e que se tenta romper através de dispositivos que colocam esse exercício de poder em xeque. E vemos com Alice e com Maria que se existe um modo de tornar o acolhimento às demandas de saúde mental possível, esse modo se passa em um plano coletivo. Não se trata de idealismos, mas de efetivação de uma rede (de serviços, equipamentos, rede teórica, de profissionais, de práticas) que é eficientemente planejada. Trata-se de garantir esses direitos que já estão

preconizados e que são resultantes de processos de lutas políticas e históricas, tal como o movimento que desembocou na Reforma Psiquiátrica brasileira.

“A equipe fica desestimulada, fica com raiva, porque joga tudo ali sem contrapartida e ao mesmo tempo você não tem também do outro lado um pronto socorro. Aí o discurso é “é... tem que voltar com os hospitais”. Só que a gente quer a rede, o fortalecimento da rede. A rede é muito bem pensada”

(Participante Alice)

A partir dessa noção de acolhimento é que apostamos em uma efetivação de um trabalho em rede. Pois somente através do trabalho coletivo é que podemos produzir saúde. Tanto para os usuários quanto para quem trabalha com a saúde. Contudo, não se trata de aglomerados de pessoas, adicionar pessoas, mas da criação de um plano de comunidade, um compartilhamento do comum. Que como salienta Pelbart (2009), nada tem a ver com a concepção de sociedade, no que tange a certa redução das relações entre iguais. Nas relações de comunidade trata-se da instauração de uma relação de alteridade, “passa a ser relação de diferentes, de outro com outro, em sua radicalidade” (PELBART, 2009, 34).

Dessa maneira, incentiva-se o engendramento de redes de autonomia e de compartilhamento “em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que “eu me reinvente, inventando-me com o outro” (BRASIL, 2010, P. 17).

As relações, dessa forma, deixam de se pautar em relações de igualdade, relações que só admitem a semelhança, e passam a inserir o outro, em sua singularidade. E é justamente a partir dessas diferenças, dessas assimetrias que se inserem questionamentos, reflexões que nos levam à construção de práticas de corresponsabilidade, de cogestão. O exercício de uma prática coletiva, que admite o outro em suas diferenças e potências é capaz de colocar em xeque as práticas tutelares, práticas essas pautadas em exercícios de poder.

É em meio a tais relações, em seus questionamentos, e por meio delas que construímos nossas práticas de co-responsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas

implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades (BRASIL, 2010, P. 12)

Falávamos em tópico anterior sobre o processo de produção de subjetividade. Aqui podemos compreender que o processo de produção de saúde se dá como modo de subjetivação. Isto quer dizer que, na constituição dos sujeitos e na maneira como nos articulamos em comunidade é que podemos compreender a saúde do outro também como um processo ético, na medida em que compartilhamos de sua saúde, na medida em que nos tornamos coprodutores de nossos processos de saúde.

Assim, reafirmamos uma noção de acolhimento como postura ética. Como exercício que visa acessar um plano coletivo, um plano onde é possível a partilha de um comum, de um público. Onde todos estejam implicados com aquilo que temos de mais valioso, a vida.

A produção de saúde deixa de ser um processo protocolar a partir da noção de acolhimento, “tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão” (BRASIL, 2010, P. 19). Deixa também de ser apenas uma recepção administrativa. Não se trata também de acolher iguais. Fala da expansão de mundos, do encontro com o outro, em sua radicalidade, e de nossa capacidade de sermos afetados/afetar, onde estar com o outro é relação de invenção. É construção singular de um espaço em que sejamos possíveis juntos.

CAPÍTULO 4 - A CRISE É NOSSA, O QUE FAREMOS?

“Todos vivemos quase que cotidianamente em crise, crise da economia, mas não só da economia material, senão também da economia do desejo que faz com que mal consigamos articular um certo jeito de viver e ele já caduca. Vivemos sempre em defasagem em relação à atualidade de nossas experiências. Somos íntimos desse incessante sucateamento de modos de existência promovido pelo mercado que faz e desfaz mundos: treinamos, dia após dia, nosso jogo de cintura para manter um mínimo de equilíbrio nisso tudo e adquirir agilidade na montagem de territórios” (GUATTARI E ROLNIK, 2005, p. 15)

A escolha da entrevista como uma ferramenta metodológica se deu por acreditar nessa como potente maneira de se inserir em um campo tão complexo como é o do trabalho de profissionais em saúde mental. Pudemos com ela nos aproximar, mesmo que de forma rápida, da experiência dessas pessoas que aceitaram participar da pesquisa. Nos interessou nesse encontro com os participantes entrar em contato com aquilo que estamos considerando da ordem do inventivo.

Aqui estamos considerando por inventivo a potência, própria da vida, em resistir ao massacre da burocracia, dos protocolos, que engessam e impedem que um serviço ofertado aos usuários do SUS, por exemplo, funcione de maneira mais interessante. Diante de processos rotineiros e protocolares que se formam como blocos maciços impositivos, práticas de insurgência emergem nos fazeres cotidianos dos serviços de saúde inventando e reinventando modos de estar e de cuidar da Saúde Mental de seus usuários.

Acolher, escutar, criar vínculo, estes quesitos falam de tarefas que vem sendo desenvolvidas pelos profissionais que trabalham nos serviços de saúde e que, como foi possível a partir de nossa experiência com o estágio, com nosso encontro com o campo e a partir dos encontros propiciados pelas entrevistas, vislumbrar a magnitude dessas ações. É um trabalho micro, afetivo, é de um encontrar-se com o outro e poder acolhê-lo em seu sofrimento, é expandir relações, criar redes. Relaciona-se com um fazer que foge da obrigatoriedade dos protocolos, que assim resiste e que por isso mesmo produz saúde.

Ali, no dia-a-dia, lutas persistem contra todo tipo de ações regulamentadoras da vida que estabelecem esses indivíduos como perigosos, como anormais. O

perigo, palavra sempre presente no vocabulário dos participantes da pesquisa, está posto *a priori*, está presente antes mesmo das relações se efetivarem. Quem está na lida diária com esses indivíduos enfrentam uma série de preconceitos já enraizados na sociedade e que reforçam cada vez mais o papel do perigo. A periculosidade emerge regulando o modo como esses sujeitos irão se relacionar. E no cotidiano dos trabalhadores não seria diferente, o risco erige-se obstaculizando o processo de acolhimento.

A entrevistada Camila nos remete a uma situação em que ao realizar o acolhimento de um rapaz e de sua família no CAPS precisou enfrentar obstáculos burocráticos para que assim fosse realizado:

“ele estava em sofrimento, se colocando em risco, sabe. A irmã preocupada... e aí eu lembro que depois a gente fez estudo de caso junto com a UCP, junto com a direção técnica, e aí falaram assim: “ah, mas a irmã...” quiseram dizer assim: que a irmã queria se livrar dele. Mas não era o caso, ela estava realmente exaurida, ela estava cansada, não sabia mais o que fazer, mas eu falei assim, gente, vamos pensar, ela tem dois filhos, o marido está desempregado, ela trabalha de manhã e à tarde, ela tem dois vínculos (empregatícios), ela que mantém a casa. Porque é muito fácil você falar assim: “se vira, arranja alguém pra trazer”, olha a situação, entendeu?!”

(Participante Camila)

Camila observou que foi preciso convocar uma reunião para que pudessem avaliar o caso de maneira singular, que pudessem abrir mão de protocolos rígidos para que de fato o acolhessem em seu sofrimento. Suas condições de vida e de sua família ficaram por vezes de fora do próprio acolhimento impedindo que este ocorresse.

E a partir do relato de Camila, acerca das dificuldades que se impõem ao realizar um acolhimento é que refletimos sobre a produção de saúde e cuidado a partir desse acolhimento ou do ‘não-acolhimento’.

Nos dizia ainda Camila que acolher ou não acolher é um aspecto que se apresenta muito ligado à maneira como este usuário se coloca no serviço:

“Eu acho que esse é outro ponto a ser considerado, o acolhimento ou o não acolhimento, porque a gente já pegou vários profissionais aqui... no serviço público há muito isso: manejo de profissionais... deu problema no setor vai pro outro, vai pro outro, então muitas vezes acabam chegando profissionais sem perfil e que não trata o usuário bem. E isso faz muita diferença. Eu acho muito mais fácil uma pessoa que não acolhe, que não escuta, ser agredido do que um profissional que acolhe. Agora... tem profissionais que também não querem estabelecer vínculo”

(Participante Camila)

Essa reflexão nos impulsiona na direção da produção de subjetividade imanente ao exercício de acolher e de cuidar. Se por um lado existe uma maciça construção de periculosidade acerca de uma *crise*, essa que é constantemente tomada como sintoma patológico irrompido em um indivíduo, construção essa que se relaciona com toda uma maneira como fora psiquiatricamente concebida, por outro existem as relações locais estabelecidas com sujeitos que mostram que a *crise* é também uma construção, que ela faz parte de uma rede de relações, que ela é tão efeito quanto esse sujeito, emergem ambos nas relações.

No início do livro *Em defesa da sociedade* vimos com Foucault o levantamento de uma problemática que muito nos interessa que é essa concepção de *saber local*. Pensamos, juntamente com Foucault, que o *saber local*, articulando com nossa temática, fala justamente dessas relações micro, cotidianas e que não por serem “menor” são menos importantes. Sabemos que as relações micro se expandem, criam consistência, tem prolongamento e se engendram em realidade.

O autor nos apresenta essa noção de saber local, saber das pessoas, para nos convocar a refletir sobre como os saberes históricos foram soterrados em detrimento de saberes englobadores, cientificistas, que se tornaram hegemônicos e passam a um estatuto de verdade (Foucault, 2016). Saberes médico-psiquiátricos, por exemplo, que ditam a verdade sobre a loucura e sobre o louco. Saberes que de forma impositiva esfacelam quaisquer outros saberes acerca da loucura. Totalizadores, portanto.

Contudo, Foucault (2016) aponta uma reviravolta dos saberes sujeitados. Esses mesmos saberes que ora foram soterrados começam a fazer frente a esses saberes totalizadores. De maneira local e descontínua, segundo o autor, é que emergem no horizonte críticas e rupturas com as hegemonias científicas.

Se Foucault nos apresenta esse “saber das pessoas”, não é essa apresentação para vangloriar e enaltecer certo direito à ignorância, mas justamente para fazer aparecer a “insurreição dos saberes sujeitados”. Esse movimento crítico que começou a se efetivar ganha consistência e Foucault (2016) atribui à essa eficácia uma reviravolta que constitui justamente o reaparecimento daqueles saberes que ora foram enterrados, apagados.

“Sujeitam-se” saberes em detrimento de saberes englobadores, saberes de caráter unificadores, que tendem a apagar as singularidades, são massificadores. A insurreição dos saberes sujeitados irá no sentido de criticar essa unificação e Foucault (2016) aponta a importância desse movimento para que saibamos que o que existe é uma história de lutas, de combates.

“Trata-se, na verdade, de fazer que intervenham saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia filtrá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência que seria possuída por alguns” (FOUCAULT, p. 10, 2016)

Para nossa temática essa discussão serve no sentido de evidenciar que o caráter local dos saberes, assim como colocar em voga as relações locais que os trabalhadores estabelecem com a dita *crise* é ter em mãos uma poderosa ferramenta que esburaca construções teóricas globalizadoras, que ditam regras, que protocolizam e engessam as próprias relações. Dessa maneira, surgem na paisagem as relações singulares de acolhimento que os trabalhadores traçam com os usuários.

Em certo momento da entrevista o participante João levanta o problema de se encarar as *crises* apenas de maneira biomédica, tal como é descrito nos manuais diagnósticos, tal como se apresenta de maneira recorrente nos protocolos.

“Porque senão a gente só vai trabalhar na literatura da emergência psiquiátrica, a psicopatologia, a crise da psicopatologia está lá instalada porque ele está heteroagressivo, porque ele está gesticulando, gritando, ou

ele está num quadro de depressão com risco de suicídio... essa é a emergência psiquiátrica que a gente aborda, ou que ele está com um quadro de estresse e tensão e ele vai demonstrar isso de alguma forma, então isso é fácil de resolver. O problema é muito maior do que isso, o problema é o ambiente, o problema é a falta de recurso, de equipamentos, entendeu? Esses são os maiores problemas”

(Participante João)

Ao levantar esse questionamento João aponta justamente o problema de se estabelecer um trabalho pautado em práticas discursivas que se formam como hegemônicas e se pretendem universais. E nos conta, a partir de sua experiência com um usuário do CAPS como foi preciso abrir mão de certos “saberes” sobre a crise e sobre a loucura para realizar o acolhimento:

“Até em plena crise, tivemos uma situação, de um usuário, alcoolizado, ele não queria ir embora, veio em um dia que não era o dia previsto para ele dentro do plano terapêutico dele, e ele queria matar uma outra usuária, construiu essa coisa na cabeça, queria matar uma outra usuária porque ela não queria namorar com ele. E aí encontrou com outro, pegou um caco de vidro deste tamanho, aí eu e uma outra colega, da enfermagem mesmo, essa... técnica de enfermagem... não precisa ser expert para poder controlar crise. Ela conseguiu tirar o... com a abordagem que ela fez, sem medicação! E aí tirou o caco de vidro dele, que ele estava na mão para poder agredir o outro. E ele estava daquele jeito, e ele não queria ir embora. Sentou no banco e eu fui. Todo mundo apreensivo porque o cara estava nervoso e tal, gerou um incômodo em todo mundo, porque ele se armou, né. Usou até um objeto para poder agredir um outro. O outro usuário do CAPS a gente escondeu ele aqui, porque ele estava com medo e eu fui fazer a abordagem. Diálogo, escuta, conversar... falou, falou, três horas praticamente, comecei a falar de coisas positivas para ele e ele falando que ele era feio, que ele era isso, que ele tinha que matar não sei quem, que ele matava todo mundo. Enfim, foi embora, foi para o ônibus depois de três hora sentado no banco falando, falando, conversando, conversando... intervenção dialógica... escuta... “o que que está acontecendo?””

(Participante João)

Em que isso nos interessa? Interessa pensar que justamente nessas relações singulares, nessas relações de acolhimento, de exercício coletivo de cooperação, de corresponsabilização, de coengendramento é que se torna possível produzir saúde, é que se torna possível desconstruir toda uma gama de preconceitos enraizados na sociedade. Engendrando, portanto, uma relação na imanência, a partir das próprias experiências de relação e ativando o acolhimento como ferramenta norteadora desse processo.

Como vimos em tópico anterior, é através do acolhimento, não enquanto local ou como processo de triagem, mas como diretriz ética-política-estética que propulsiona uma ativação dos processos em rede. A rede nessa perspectiva não irá dizer do somatório de profissionais e equipamentos públicos. A rede vai dizer de um modo de se colocar em relação, que é capaz de colocar até mesmo o usuário do serviço para participar ativamente de seu próprio processo.

Essa dimensão de rede nos traz a saída para o que anteriormente apontávamos como efeito de um processo de fragmentação do trabalho, que é a do trabalho individualizado, que por sua vez individualiza o sujeito que demanda acolhimento. Incluir esse sujeito em seu próprio processo de saúde é retirá-lo de um lugar de passividade, do paciente por excelência, e convocá-lo a estar à frente.

Os serviços são constantemente violentados com o peso das regulamentações, das biopolíticas que reforçam e padronizam certos modos de vida e rejeitam outros. Foucault forja o conceito de biopolítica, demonstrando como esses novos arranjos do poder elegem a vida como alvo, como aquilo que precisa ser controlado. O filósofo nos aponta como, numa reviravolta, justamente a vida é o que se erigirá contra esse exercício biopolítico. A potência de resistência da vida contra todas formas de controle e submissão.

Nas palavras de Pelbart (2009), contra a biopolítica insistimos na biopotência. Se o risco está posto nas relações com a loucura, a relação inventiva, uma relação de singularidade, é capaz de esburacá-lo, permitindo a passagem de outras formas de estar e cuidar da/com a loucura. São esses momentos de

ruptura que nos interessam ao pensarmos em inventivo. Inventivo aqui surge como potência das relações que são imanentes. Quando pensamos na produção de subjetividade, quando abrimos caminho ao que seria da constituição de um sujeito e constituição também das verdades que o rodeiam, abrimos então caminho para essa relação imanente, e é o plano de imanência que nos abre para as relações que se inventam e se reinventam.

O inventivo nos abre possibilidades outras de acolher, de cuidar, de perceber e entender a *crise*. E a partir do acolhimento, a partir da abertura à diferença que o outro nos convoca é que podemos constituir relações de coengendramento do cuidado.

Pelbart (2009) propõe que nos debrucemos sobre essa questão e perguntemos se no interior dessa produção de subjetividade não surgem novas maneiras de criar sentido, novas maneiras de ser e de inventar. Quando desdobramos esse lado que é o da resistência, das estratégias que possibilitam viver é que nos deparamos com a potência da invenção. Segundo Pelbart, a invenção é potência do homem comum, “produzir o novo é inventar novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. Todos e qualquer um inventam, na densidade social da cidade, na conversa, nos costumes, no lazer”. Para o autor a subjetividade torna-se assim potência psíquica e política, torna-se produtora de vida, exerce-se, não é inerte.

A partir dessa perspectiva nos colocamos a refletir juntamente com a fala de João que, ao rememorar sua experiência de trabalho no antigo hospital psiquiátrico Adauto Botelho, mostra-nos como as relações de poder incidem sobre a loucura e como a diferença do outro é subjugada, infantilizada, colocada como algo a ser disciplinado. Não há espaço para a diferença, ela é tratada como doença. Nos moldes asilares de tratamento da crise não há espaço para co-produção de cuidado já que esses sujeitos são objetificados.

“Então o horário de ir pro pátio era o momento que entrava de uma forma coercitiva, punitiva mesmo. “Você não vai pro pátio porque você não fez aquilo que foi orientado pra fazer, entendeu?” Não era como... eu discutia muito sobre essa questão, não tinha um valor pedagógico, não se tinha uma preocupação com o usuário do SUS, em trabalhar com ele de forma

educativa. Porque quando ele está numa condição aguda em plena crise, entende que ele perde a razão, né?! E que ele naquele momento não tá entendendo nada, esse é o entendimento da grande maioria dos profissionais”

(Participante João)

A fala do entrevistado, mesmo que esteja se referindo a uma memória antiga de sua experiência ainda se constitui como extremamente atual. Quando receber o usuário em um serviço pressupõe que esse apenas receba ordens, ou que esse usuário receba suas medicações sem questionar ou ainda sem que ele saiba que procedimentos e tratamentos são preparados para ele é ainda assim uma maneira de subjugar-lo, de não incluí-lo no próprio tratamento.

A partir disso pensamos que é urgente repensar as relações que se constituem com a *crise*. Repensar os efeitos dos modos como são incluídos esses usuários nos serviços. Dessa maneira, pensar em uma *crise* a partir de outro referencial, o da produção de subjetividade, nos permite ir de encontro a uma dimensão local das relações. Saímos das relações pautadas em representações, de relações a partir de cientificismos que em suas totalizações massificam os sujeitos, para uma relação mais próxima do singular.

O acolhimento é essa diretriz capaz de efetivar relações de singularidade. Singularidade para Guattari e Rolnik (2013) nada tem a ver com individualidade ou processos individuais. Esses últimos são consequência da produção de subjetividades capitalísticas que forjam indivíduos, centrados em si mesmos. Subjetividades vampirizadas, apontaria Pelbart (2009), em que as relações são tomadas sempre pelo capital, expropriando redes de sentido e existência. Indivíduos, individualizados. Ao mesmo tempo que são individualizados, no fechamento em si mesmos, são também massificados.

A individualização é um processo em que culmina em alguns aspectos, como a infantilização. Onde os sujeitos são sempre colocados em relações de tutela, relação de verticalização do poder. Relação que produz adoecimento. Por isso, o acolhimento, pensado como postura ética, é instauradora de outro modo de funcionar. Retirando o sujeito dessa lógica de infantilização, de tutela, para

assumir outro lugar em seu próprio processo. Já que como vimos em tópico anterior, segundo Guattari e Rolnik (2013) o indivíduo encarado apenas como terminal, pode se relacionar com essas forças que o afetam, engendrando assim uma relação de singularidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem muitas maneiras de se colocar um problema, de escrever um texto, de desenvolver ideias. Aqui escolhemos nos aliar com o pensamento de Foucault, torná-lo nosso parceiro, pois não se trata apenas de um 'referencial teórico', um compilado de ideias que expliquem algo. Pensamos na parceria, pois ela fala de uma construção conjunta, fala de interpelações, fala de interrogações em nós, no texto.

Acreditamos nesse modo de fazer, não apenas como um modo de pesquisar, mas como modo de produzir mundos, engendrar realidade. Trabalho ousado esse, sabemos, mas não se trata de resoluções e resultados, mas do exercício, da caminhada.

Nessa caminhada nos deparamos com um tema que nos é caro, a loucura e as maneiras como essa vem, ainda hoje, sendo aprisionada. Através de um ponto um pouco mais específico, que é a *crise* na loucura, é que nos colocamos nesse percurso de mestrado a fim de pensarmos o assunto.

O modo de colocar nosso problema ocupou boa parte de nossa preocupação e tempo, por isso mesmo não poderíamos deixar de criar um bom espaço nesse texto para abarcar essa preocupação. Pois bem, nos interessava a *crise*, mas "o que?" da *crise*, tornava-se o ponto de conflito. Num primeiro momento, aparentava ser uma conceituação de *crise*. Buscávamos em artigos e livros como esse termo era utilizado. Era a ideia que queríamos apreender? Possivelmente poderia ter sido apreendida. Mas não estávamos satisfeitos, não era disso que se tratava.

Insistimos com a angústia de não saber definir do que se tratava nossa pesquisa, nosso então problema. Amadurecíamos a cada texto lido, a cada autor conhecido. Mas o que nos ativou para nosso problema foi o primeiro encontro com o campo, através de um contato informal. Esse contato, que por mais informal que tenha sido, não perdeu em importância para essa pesquisa.

Nos demos conta, após esse contato, o quão tênue figurava nosso problema. Percebemos que não se tratava de uma ideia ou percepção do que seria a *crise*, mas que se tratava de um complexo jogo de forças o qual tentaríamos acessar.

Não se tratava então de relações duais e simples. Onde é possível vislumbrar a percepção de profissionais acerca da *crise* apenas pela relação direta entre eles. Percebemos então que nosso problema não se tratava mais tanto da *crise* propriamente, mas que era muito mais das relações complexas, relações difusas, jogos de força políticos, econômicos, e que trazem como e por efeito essa *crise* da qual nos interessamos em primeiro lugar.

“Considero um tanto paradoxal finalmente construir o problema de pesquisa já em vias de “finalizar” o trabalho. Nunca consegui falar muito sobre meu trabalho quando me perguntavam. Entrava eu em crise sim, como não sabia do que se tratava minha própria pesquisa? Foi uma tormenta durante o mestrado as famigeradas apresentações que fazíamos nas aulas, aos colegas de turma, aos professores. Sempre apostamos no caminhar, mas na hora de apresentarmos nossas temáticas, parecia que tínhamos que saber exatamente onde desembocaria tudo isso. Pois bem, nunca soube!”

(Fragmento do diário)

Mas se assim o fizemos e sustentamos é por acreditar que não nos interessa a resposta ao problema, mas o caminho até aqui. O desfecho de nosso trabalho segue na direção não de um final, já que não pretendemos aqui esgotar possibilidades, mas o inverso disso, abrir possibilidades.

Começamos nosso percurso nos perguntando o que seria possível para uma *crise*. Estaria essa fadada a ser sempre a mesma coisa, sempre associado a um perigo, sempre algo a ser evitado? Isso nos moveu durante todo esse tempo de mestrado, nos angustiávamos com certo fechamento a que essa noção nos levava. *Crise* sempre sendo confundida com o pior. *Crise* sempre sendo engessada no interior de uma doença.

Avançamos com esse trabalho no sentido de uma desnaturalização, de abertura para problematizações, abertura para outros olhares, outros modos de estar com

a loucura. E com isso acreditamos na importância de novos olhares, novas pesquisas que possam continuar retirando a *crise* desse lugar dado de antemão, continuar desconstruindo-a, para que consigamos engendrar relações mais singulares.

Vimos que a *crise* apesar de aparecer para muitos como ‘um momento individual em que eclode a doença’, se constitui a partir de uma complexa rede de poderes/saberes que produzem sua existência exatamente assim: uma agudização.

Vimos com Foucault, que foi nosso grande aliado nessa jornada, como o exercício biopolítico vem se apropriando dos fazeres cotidianos, enlaçando-os, produzindo modos de estar com a loucura.

Acessamos também, a partir de nosso contato com os entrevistados, como a *crise* aparece sempre concomitante a uma noção de periculosidade. Junção essa que exploramos nesse trabalho como um contexto histórico importante no qual ainda hoje tem seu funcionamento garantido.

Pudemos a partir do encontro com o campo repensar as questões sobre a rede, da qual tanto falamos, mas que ao tentar acessá-la essa se dissolvia. Nosso trabalho encontrou muitos obstáculos de ordem burocrática que nos remeteu à própria “inacessibilidade” dos serviços e daquilo que pensamos que fosse rede. Chamarmos de rede alguns pontos de atenção que se finalizam em si mesmos produz sérias consequências para os serviços e para a população a ser atendida. Vimos com nossos entrevistados alguns desses efeitos, como o esvaziamento da dimensão coletiva de cuidado que produz cada vez mais adoecimento no próprio meio de trabalho e impede que o acolhimento aos usuários se efetivem. Todas essas questões comparecem para os serviços, comparecem para os trabalhadores e desembocam no atendimento aos usuários. Encontramo-nos com um modo de organizar o trabalho em saúde em que comparece um esvaziamento da rede, da dimensão coletiva e coprodução de cuidado. Nos encontramos com uma organização que inclui os usuários, mas de modo a regular seus modos de vida.

Caro leitor, embarcamos numa viagem sem volta. Passamos por muitas coisas e estamos já em vias de finalizar esse texto, mesmo que provisoriamente. Você pode observar que nossa pergunta que intitula esse texto ainda não foi respondida “crise de quem?”. Imaginávamos inicialmente que constituiríamos uma resposta a tal questão, mas veja leitor, que com nosso percurso essa pergunta foi dissolvida. Deixou de se tornar uma grande questão a ser respondida a medida em que íamos descobrindo uma outra constituição. A medida em que íamos nos deparando com um novelo bem emaranhado em que tantas outras questões se misturavam, emergiam, desapareciam, mas que mais do que contextuais são constitutivas.

Assim, nosso trabalho foi na direção de puxar alguns desses fios, problematizá-los, bagunçá-los. Passamos a nos importar com o emaranhado do novelo. E para finalizar ficaremos com a pergunta do título, não no sentido de que há uma resposta esperando para ser desvendada, ou mesmo formulada a vocês, pois poderíamos cair na armadilha de ditar certas regras acerca da *crise*, mas muito mais numa afirmação ético-política em que justamente queremos é continuar nos indagando: crise de quem?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVERGA, A. R., DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832006000200003&lng=en&nrm=iso, 2014.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1ed, 2007.

BICHUETTI, J. **Crisevida: outras lembranças**. Biblioteca do Instituto Felix Guattari, Belo Horizonte, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde **Conheça a RAPS: Rede de atenção psicossocial**, Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de apoio à gestão estratégica**. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>, acessado em: 20 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. 5 reimp. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRITO, M. R. Dialogando com Gilles Deleuze e Félix Guattari sobre a ideia de subjetividade desterritorializada. **Alegrar**, n 9, 2012.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [2]: 529-549, 2009

CARVALHO, A. M. T. de. O processo de produção discursiva: uma visão da contribuição de Michel Foucault ao debate epistemológico. **Estudos e pesquisas em psicologia**. v. 1, n.1, Rio de Janeiro, 2001

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades, **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, 2007.

CUNHA, A. A. G., DORNA, L. B. H., RODRIGUES, H. C. B. Uma contribuição à história da Análise Institucional no Brasil através de depoimentos orais: o Setor de Psicologia Social da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) nas décadas de 1960 e 1970. **Mnemosine**. Vol. 2, nº1, p. 2-11, 2006.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Forense universitária, 7 ed. Rio de Janeiro, 2007.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. Perspectiva, São Paulo, 1978

_____. **O poder psiquiátrico. Curso no Collège de France (1973 – 1974)**. Tradução Eduardo Brandão, Martins Fontes, São Paulo, 2006.

_____. **Os anormais. Curso no Collège de France (1974 – 1975)**. Tradução Eduardo Brandão, Martins Fontes, São Paulo, 2014.

_____. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975 – 1976)**. Tradução Maria Ermantina Galvão, Martins Fontes, São Paulo, 2010.

_____. **Ética, sexualidade, política**. Michel Foucault: organização e seleção de textos Manoel Burros da Moita. tradução Elisü Monteiro, Inês Autmn Dourado Barbosa. 2.ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro, 2006.

GARCIA, A. M., COSTA, H. C. P. A crise no cotidiano dos serviços de saúde mental: o desafio de experimentar desvios e favorecer a potência inventiva. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 38, N. 101, P. 399-408, 2014.

GUATTARI, F., ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Editora Vozes, 12 ed, Rio de Janeiro, 2013.

LANCETTI, A., AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. Hucitec, 2 ed, São Paulo, 2013.

LEMOS, F. C. S, CARDOSO JR, H. R. A genealogia em Foucault: uma trajetória. **Psicologia & Sociedade**. Vol. 21 n. 3, Florianópolis, 2009.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1993.

_____. Objeto e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

PAULON, S. M et al. O tempo, o invisível e o julgamento: Notas sobre acolhimento à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno HumanizaSUS**, Brasília, 2015.

PAULON, S. M. et al. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Polis e Psique**, v. 2. Porto Alegre, 2012.

PAULON, S. M, ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia Social**, 2010.

PELBART, P. P. **Vida Capital**. Iluminuras, São Paulo, 2009.

PASSOS, E. BENEVIDES de BARROS, R. A cartografia como método de intervenção. In: PASSOS, E, KASTRUP, V, ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre, 2009.

PRECIOSA, R. Escrever/Balbuciar. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, 2010, p. 87-89.

ROCHA, M., AGUIAR, K.. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. [Versão eletrônica]. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 23(4), 64-73, 2003.

RODRIGUES, H. B. C. Sejam os realistas, tentemos o impossível! Desencaminhando a psicologia através da análise institucional. In: Jacó-Vilela A. M., Ferreira A. A. L. (orgs). **História da psicologia – rumos e percursos**. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2006.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia e Sociedade**, 21 (2), 2009. Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000200003&script=sci_arttext

SANT'ANA, A. B, ET AL. A rede de saúde mental e as possibilidades de avaliação e intervenção na crise. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, 2012.

TEDESCO, S. H, SADE, C. CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal* : **Revista de Psicologia**, 25(2), 299-322, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>

THOMÉ, A. M. Os Centros de Atenção Psicossocial Como Dispositivos de Atenção à Crise: Em Defesa de Certa (In)felicidade Inventiva. (Apresentação de trabalho), São Paulo, 2013.

YASUI, S. Entre o cárcere e a liberdade: Apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno HumanizaSUS**, Brasília, 2015.

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“Crise de quem? Repensar os sentidos de crise para a construção de um fazer inventivo”**, de responsabilidade da pesquisadora **Mariana Meireles Duarte Mota**, sob orientação do professor Dr Fabio Hebert da Silva.

Instituição a qual pertence o pesquisador responsável: Universidade Federal do Espírito (UFES) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional

Esta pesquisa se propõe a debruçar-se sobre a crise em Saúde Mental, colocando a *crise* em relevo para acessar que sentidos se tem produzido dessa e como essa é tratada pelos profissionais da Saúde Mental. Busca-se acessar o plano em que essa se constitui como conceito e que efeitos se desenrolam a partir daí. A discussão em torno da temática da *crise* em Saúde Mental, que neste estudo se desenrolará, embora esteja tratando de um velho e conhecido assunto, ganha relevância a partir do momento em que se reconhece ser este um tema caro à Reforma Psiquiátrica. O que permite encarar este assunto como atual são as construções recentes as quais muitos autores/trabalhadores vêm se debruçando. Diz-se ser um velho assunto na tentativa de dar visibilidade a todo um contexto histórico em que essas *crises* dos chamados loucos eram combatidas, aplacadas pelas longas internações em hospitais psiquiátricos.

Trata-se, portanto, de compreender que este velho assunto tem mobilizado os trabalhadores que buscam, na direção da Reforma Psiquiátrica, construir redes de cuidado e acolhimento para um fazer em Saúde Mental que seja a favor da vida. Com esta pesquisa objetivamos contribuir com a discussão em torno da Reforma Psiquiátrica, visibilizando o acolhimento à crise em conformidade com a lógica antimanicomial.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Mariana Meireles Duarte Mota. A coleta dos dados será realizada por meio de um questionário semi-estruturado, o áudio será gravado, em aparelho digital próprio para a função, e posteriormente serão analisados a luz dos referenciais teóricos utilizados na pesquisa. Após a transcrição do áudio da entrevista as gravações de áudio serão apagadas.

Em nenhum momento o participante será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

- O participante não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.
- Os principais riscos a que o/a participante estará submetido será de lidar com lembranças desagradáveis e o de constrangimento, sendo que a entrevista será encerrada ao menor sinal de desconforto do/da participante.
- Os principais benefícios serão conhecer sua relação com o acolhimento a este tipo de demanda através do compartilhamento de histórias proporcionado pela entrevista, proporcionando ao participante a reflexão de suas práticas profissionais e o de contribuir para a ampliação do conhecimento a respeito do acolhimento à crise, para melhor atendimento de suas demandas seja através de serviços, intervenções profissionais ou ações.
- O participante é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.
- Caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, o participante será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

- Este termo será redigido e assinado em duas vias, sendo que uma ficará com o participante.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Mariana Meireles Duarte Mota, telefone: (27) 99975-5558, endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 – Goiabeiras, Prédio Bárbara Weinberg, sala do PPGPSI. Também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa que deverá ser contatado no caso de denúncia e/ou intercorrência na pesquisa, podendo ser acionado pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail: cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910. O Comitê de Ética e Pesquisa tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais.

Eu _____,
declaro ter sido informado e concordo em participar do projeto de pesquisa acima descrito.

Vitória, ____ de _____, de 2017.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora